

Sari Pitkänen
Kari Huotari

"Pahimmasta on päästy"

Arviointi Peli poikki -ohjelmasta on- gelmapelaajien tukena

RAPORTTI



© Sari Pitkänen, Kari Huotari ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-952-245-106-4 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-107-1 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino

Helsinki 2009

Esipuhe

Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut tavoitteekseen peliriippuvuuden vähentämisen, uuden teknologian mukanaan tuomien uusien riippuvuuksien tunnistamisen ja niiden hoidon parantamisen. Rahapelaamiseen kohdistuvia ehkäiseviä toimia kohdennetaan niin, että pelaamisen aloittamisikä nousee ja ongelmien kasautuminen vähenee. Eduskunnassa käsittelyssä olevassa arpajaislain muutosesityksessä sosiaali- ja terveysministeriön tehtävää laajennetaan rahapelihaittojen seurannasta haittojen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen. Rahapelihaittojen tutkimuksesta sekä ehkäisyyn ja hoidon kehittämistä ministeriön hallinnonalalla vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rahapelaaminen sisältää riskejä. Pelihaitat vaihtelevat vakavuudeltaan satunnaisesti lykkääntyneistä laskuista aina vakaviin terveys-, talous- ja ihmissuhdeongelmiin sekä rikollisuuteen. Peliongelmiä kokevien ja heidän läheistensä kynnys hakea apua ja palveluja on erittäin korkea. Nykyisestä palvelujärjestelmästä ei ole helppo löytää peliongelmaan liittyvää apua ja siksi matalan kynnyksen palvelu, esimerkiksi tässä raportissa arvioitu internetin kautta toteutettava Peli poikki -ohjelma on ollut merkittävä askel tuen ja hoidon kehittämisessä.

Peli poikki -ohjelman on sen kokeilu- ja arviointikauden ajan tuottanut rahapeliongelmaisille suunnattu palveleva puhelin Peluuri. Peluuria ylläpitävät A-kliinikkasäätiö ja Sininauhaliitto ja sen toiminnan rahoittavat rahapeliyhteisöt, ohjelman käyttö- ja arviointikuluista on vastannut STM.

Tässä raportissa arvioidaan Peli poikki -ohjelman toteutusta, tavoitteiden saavuttamista sekä sen vaikutusta ohjelmaan osallistujien hyvinvointiin. Tukipalvelut on toteutettu verkkopohjaisella hoito-ohjelmalla peliongelmiin erikoistuneen terapeutin tuella. Ohjelma on tavoittanut hyvin kohderyhmään kuuluvia asiakkaita ja saanut hoitopalveluiden piiriin myös henkilöitä, joille verkossa tarjottava palvelu saattaa olla järkevin ja joustavin tapa hakea ja käyttää palveluita. Ohjelmaa on voinut suorittaa ajasta ja paikasta riippumatta, oman elämäntilanteen mukaan.

Peli poikki -ohjelmalla on onnistuneesti tuettu eri ikäisiä miehiä ja naisia. Arvioinnin mukaan hoito on vaikuttanut myönteisesti henkisen ja ruumiillisen terveydentilan paranemisessa, talouden kohenemisessa sekä sosiaalisissa suhteiden lisääntymisessä ja perhesuhteiden vahvistumisessa. Asiakaspalaute on myönteistä ja asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä ohjelman kokonaisuuteen.

Verkossa tapahtuva peliongelman hoito on osoittautunut tarpeellisuutensa. Sosiaali- ja terveysministeriö ja THL tukevat myös jatkossa vaikuttavien ja helposti saavutettavien palvelujen kehittämistä rahapeliongelmaisille ja heidän läheisilleen.

Helsingissä 11.6.2009

Kari Haavisto
Neuvotteleva virkamies
Haittojen ehkäisemisen ryhmä
STM

Saini Mustalampi
Kehittämispäällikkö
Rahapelihaittojen ehkäisy ja hoito
THL

Tiivistelmä

Sari Pitkänen, Kari Huotari. ”Pahimmasta on päästy”. Arviointi Peli poikki -ohjelmasta ongelmapelaajien tukena. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 20/2009. 126 sivua. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-106-4, ISBN 978-952-245-107-1 (pdf)

”Peli poikki” on Ruotsissa kehitettyyn malliin perustuva internet-pohjainen peliongelman hoito-ohjelma. Se koostuu kahdeksasta viikon mittaisesta verkkotetäväjaksosta ja viikoittaisista terapeutin kanssa käytävistä puhelinkeskusteluista. Hoito-ohjelmaa kokeillaan vuosina 2007–2009 A-klinikkasäätiön ja Sininauhaliiton ylläpitämässä Peluuri-puhelinpalvelussa.

Sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa kokeilun ja se on myös tilannut ohjelman ulkoisen arvioinnin Sari Pitkäseltä Sosiaalikehitys Oy:stä ja Kari Huotarilta Helsingin yliopistosta. Arviointi kuuluu ministeriön tehtävään seurata rahapelaimisen haittoja ja kehittää peliongelmiin ehkäisyä ja hoitoa.

Arvioinnissa on selvitetty, kuinka hoito-ohjelman tavoitteita on saavutettu, mitkä tekijät ovat edistäneet tai estäneet toteutusta, kuinka ohjelma on vaikuttanut asiakkaiden hyvinvointiin ja muiden palvelujen käyttöön ja kuinka se soveltuu erilaisille asiakasryhmille sekä palvelujärjestelmään. Arvioinnissa on käytetty aineistona hoito-ohjelman asiakasrekisteritietokantaa sekä asiakas- ja asiantuntijahaastatteluita.

Arvioinnin perusteella Peli poikki -ohjelma on kaikkiaan onnistunut ongelmapelaamiseen erikoistunut valtakunnallinen matalan kynnyksen palvelu. Ohjelma on osoittautunut tarpeellisuutensa ja sitä olisi erittäin tärkeää jatkaa. Hoito-ohjelma on tavoittanut hyvin asiakkaita ja saanut hoitopalveluiden piiriin sitä asiakkaita, joka ei välttämättä muutoin hakisi apua. Tällaisia asiakkaita ovat muun muassa työssä käyvät ja perheelliset ihmiset, joille internet on mahdollistanut osallistumisen joustavasti ajasta ja paikasta riippumatta. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä ohjelmaan kokonaisuutena ja sen osioihin. Myönteisintä palautetta annetaan terapeutin kanssa käytävistä puhelinkeskusteluista.

Peli poikki -ohjelma on tuottanut erittäin hyviä tuloksia asiakkaiden ikään ja sukupuoleen katsomatta. Ohjelmaan osallistuneiden pelihimo ja peliriippuvuus vähenivät, samoin masentuneisuus. Psykkinen ja fyysinen terveys parani, talousasiat kohenivat, sosiaaliset suhteet lisääntyivät ja perhesuhteet vahvistuivat. Pelailmisesta aiheutuneet ongelmat ovat vähentyneet etenkin henkiseen hyvinvointiin ja talouteen liittyvissä asioissa. Osallistujat ovat alkaneet käyttää tai ainakin toivoneet pystyvänsä käyttämään entistä enemmän muita palveluita, jotka parantavat henkistä hyvinvointia ja helpottavat ongelmapelaamisesta irti pääsemistä.

Ohjelman toimeenpanoa ovat vaikeuttaneet alkuvaiheen tekniset ongelmat ja suuresta kysynnästä johtuneet pitkät jonotusajat. Ohjelman jatkuvuus olisikin tär-

keä varmistaa, ja terapeuttien määrää tulisi lisätä asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Ohjelmassa olisi tärkeää lisätä asiakkaiden toivomaa vuorovaikutusta ja vertais-tukea muun muassa perustamalla chat. Ohjelmaa tulisi jatkossa kehittää enemmän asiakkaiden yksilölliset tarpeet huomioon ottavaksi, yhteyksiä muihin hoitopalveluihin tulisi lisätä ja asiakasohjausta parantaa. Huomioita tulisi kiinnittää etenkin nuoriin, naisiin sekä niihin, joilla on keskimääräistä enemmän ongelmapelaamiselle altistavia tekijöitä. Suurimmat kehittämistarpeet liittyvät ohjelman rakentamiseen, erityisesti Ruotsissa sijaitsevaan asiakastietokantaan, josta ei saa reaaliaikaista seurantatietoa muutoksista ohjelmaan osallistuvien henkilöiden tilanteessa, kuten yleensä internet-pohjaisista palveluista.

Avainsanat: ongelmapelaaminen, hoito-ohjelma, itseapuopas, internet, motivoiva haastattelu, ulkoinen arviointitutkimus, pelihaitat, peliriippuvuus, rahapelaaminen, hoito, arviointi

Sammandrag

Sari Pitkänen, Kari Huotari. "Pahimmasta on päästy". Arviointi Peli poikki -ohjelmasta ongelmapelaajien tukena ["Det värsta är över". Utvärdering av programmet Peli poikki som stöd för problemspelare]. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 20/2009. 126 sidor. Helsingfors 2009. ISBN 978-952-245-106-4, ISBN 978-952-245-107-1 (pdf)

Peli poikki är en webbaserad självhjälpsguide för behandling av spelproblem. Den bygger på en behandlingsmodell som utvecklats i Sverige. Programmet utgörs av åtta stycken en vecka långa nätuppgiftsavsnitt. Dessutom ger en terapeut handledning varje vecka. Åren 2007–2009 tillämpas behandlingsprogrammet på försök av telefontjänsten Peluuri, som upprätthålls av A-klinikstiftelsen och förbundet Sini-nauhaliitto.

Försöket finansieras av social- och hälsovårdsministeriet, som beställde en extern utvärdering av programmet *Peli poikki*. Utvärderingen utfördes av Sari Pitkänen vid Sosiaalikehitys Oy och Kari Huotari vid Helsingfors universitet. Den är en del av ministeriets uppgift att följa upp problem orsakade av penningsspel och att utveckla förebyggande och behandling av spelproblem.

I utvärderingen har man utrett hur målen för behandlingsprogrammet uppnåtts samt vad som främjat eller hindrat uppnåendet. Dessutom har man utrett programmets inverkan på klienternas välbefinnande och användning av annan service, hur programmet lämpar sig för olika klientgrupper och hur det passar in i servicesystemet. Utvärderingen bygger på data från behandlingsprogrammets klientregister samt på klient- och expertintervjuer.

Enligt utvärderingen har programmet *Peli poikki* allmänt sett varit framgångsrikt som nationell service med låg tröskel för dem som har spelproblem. Det har visat sig att programmet behövs och det vore mycket viktigt att det fortsätter. Behandlingsprogrammet har på ett framgångsrikt sätt nått ut till klienterna och klienter som inte nödvändigtvis annars skulle ha sökt hjälp har fått behandling. Sådana klienter är bland annat förvärvsarbetande personer med familj, vilka tack vare internet kan delta oavsett tid och rum. Klienterna har varit nöjda med programmet som helhet och med dess olika avsnitt. Den mest positiva responsen fick telefonsamtalen med terapeuten.

Programmet *Peli poikki* har lett till mycket goda resultat oavsett klienternas ålder och kön. Spellust och spelberoende minskade hos dem som deltog i programmet, liksom depression. Den psykiska och fysiska hälsan samt ekonomin förbättrades, de sociala kontakterna ökade och familjereaktionerna stärktes. Problem som orsakats av spelandet minskade främst när det gällde välmående och ekonomi. Deltagarna började använda eller hoppades åtminstone att de kan börja använda

allt mer annan service som förbättrar det psykiska välmåendet och gör det lättare att ta sig ut ur problemspelet.

Genomförandet av programmet försvårades av tekniska problem i början och av den stora efterfrågan, som ledde till långa väntetider. Det vore viktigt att säkerställa att programmet fortsätter och att utöka antalet terapeuter till att motsvara klienternas behov. I programmet vore det också viktigt att öka det stöd av personer i samma situation och den växelverkan som klienterna önskat, bland annat genom att upprätta en chattlinje. I fortsättningen bör programmet utvecklas till att beakta mer klienternas individuella behov. Kontakterna med andra behandlingstjänster bör utökas och klienthandledningen förbättras. Man bör särskilt uppmärksamma ungdomar, kvinnor och dem som genomsnittligt sett har mer faktorer som kan leda till spelproblem. Programstrukturen har de största utvecklingsbehoven. Särskilt klientdatabasen i Sverige bör utvecklas. Ur den går det nämligen inte att få uppföljningsdata i realtid om förändringar i programdeltagarnas situation. Det är fråga om data som är typiska för webbaserad service.

Nyckelord: problemspelande, behandlingsprogram, självhjälpsguide, internet, motiverande intervju, extern utvärderingsstudie, spelrelaterade problem, spelberoende, spela penningspel, behandling, utvärdering

Abstract

Sari Pitkänen, Kari Huotari. "Pahimmasta on päästy". Arviointi Peli poikki -ohjelmasta ongelmapelaajien tukena ["We're over the worst". An evaluation of the Peli poikki programme]. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 20/2009. 126 pages. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-106-4, ISBN 978-952-245-107-1 (pdf)

"Peli poikki" is a web-based self-help guide for the treatment of problem gambling. The guide is based on a treatment model developed in Sweden. The self-help programme consists of eight one-week online assignments and weekly sessions with therapists. The programme will be tested between 2007 and 2009 in connection with the national gambling helpline Peluuri, which is maintained by two Finnish associations working with substance abuse: the A-Clinic Foundation and Sininauhaliitto – The Finnish Blue Ribbon.

The programme receives funding from the Ministry of Social Affairs and Health. The Ministry commissioned the external evaluation of the programme from Sari Pitkänen (Social Development Ltd) and Kari Huotari (University of Helsinki), as part of its task to monitor the negative consequences of gambling and develop the prevention and treatment of problem gambling.

For example, the evaluation examines to what extent the goals of the programme have been achieved. It also looks at factors helping and hindering goal attainment, the programme's effects on clients' wellbeing and use of other services as well as the programme's applicability to different groups of clients and the service delivery system as a whole. The evaluation material is based on information from the programme's client register database as well as on interviews with clients and experts.

A conclusion of the evaluation is that the national "Peli poikki" programme has, on the whole, succeeded in its role as a specialised, low-threshold service for problem gamblers. The programme has proven to be a very necessary instrument and indeed merits continued work. It has succeeded well in reaching clients and in attracting clients who perhaps otherwise would not seek treatment. Such clients include employed people and people with families, for whom the internet has made participation possible irrespective of time and place. Clients have been very satisfied with the programme, both as a whole and with its individual parts. The telephone conversations with therapists have received the most positive feedback.

The "Peli poikki" programme has yielded excellent results overall, regardless of the age and gender of the participating clients. It succeeded in reducing gambling craving and addiction among participants and also helped decrease depression. The programme helped participants improve their health—both mentally and physically—and also improved their economic situation. In addition, the

participants reported more social contacts and stronger family relations thanks to the programme. The problems caused by gambling have decreased in particular as regards issues related to wellbeing and economy. Clients who participated in the programme have started to increase or at least wish they could increase their use of services that improve mental wellbeing and help stop gambling.

Programme implementation was somewhat impeded by some initial technical issues and long waiting times caused by a great demand. Steps should therefore be taken to ensure programme continuity and increase the number of therapists to meet the demand. It is essential that the programme increase interaction and peer support, as requested by clients, for example by launching a chat forum. In addition, further development should focus on aligning the programme with the clients' individual needs, increasing ties to other forms of treatment and improving client guidance. Special attention should be paid to young people and women, and to those at an above-average risk of problem gambling. The most important development needs concern the structure of the programme, particularly the client database located in Sweden. A weakness of the database is that, unlike many other web-based services, it does not provide real-time follow-up data on changes in the status of participants.

Keywords: Problem gambling, treatment programme, self-help guide, internet, motivational interviewing, external evaluation, gambling problems, gambling addiction, games of chance, treatment, evaluation

Sisällys

Esipuhe

Tiivistelmä

Sammandrag

Abstract

1	JOHDANTO	13
	Rahapelaaminen ja ongelmapelaajat Suomessa	13
	Ongelmapelaajien palvelut ja niiden kehittymiseen vaikuttavat tekijät Suomessa	16
	Ongelmapelaajien palvelut	16
	Ongelmapelaajien palveluihin vaikuttavat tekijät.....	20
2	ARVIOINTITEHTÄVÄ, AINEISTOT JA KÄYTETYT MENETELMÄT	23
	Arviointitehtävä.....	23
	Aineisto ja menetelmät.....	25
3	PELI POIKKI -OHJELMAN ASIAKKAAT JA OHJELMAN SISÄLTÖ.....	28
	Ohjelmaan osallistujat	29
	Peli poikki -ohjelman sisältö.....	39
4	ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET HOITO-OHJELMASTA.....	49
	Ongelmapelaajien tavoittaminen ohjelman avulla	49
	Ohjelman toimivuus ja kehittämistarpeet	53
5	ASIAKASVAIKUTUKSET	69
	Ohjelman synnyttämät muutokset pelaamisessa.....	69
	Pelaamiskäyttäytymisen muutokset	69
	Peliriippuvuuden muutokset.....	74
	Ohjelman synnyttämät muutokset osallistujien hyvinvoinnissa	81
	Henkinen ja fyysinen hyvinvointi	81
	Päihteiden käyttö	87
	Taloudellinen tilanne.....	89
	Sosiaaliset verkostot.....	91
	Asiakasvaikutusten yksilöinnit ja aikakestävyys.....	96
	Ohjelman vaikutukset muiden palvelujen käyttöön.....	97
6	PELI POIKKI -OHJELMAN ARVIOINTI TOIMINTAMALLINA	101
	Asiakasnäkökulma	101
	Asiantuntijanäkökulma	104
7	OHJELMAN ARVIOINTI OSANA MUUTA ONGELMAPELAAJIEN HOITOJÄRJESTELMÄÄ.....	106

8	ARVIOINNIN KESKEISIÄ HAVAINTOJA	109
9	KEHITTÄMISSUOSITUKSET.....	111
	Ohjelmaa koskevien kehittämissuosituksen perustelut	111
	Ongelmapelaajien palvelujärjestelmää koskevien kehittämissuosituksen perustelut.....	113
	Kehittämissuositukset.....	115
	Lähteet.....	117
	Liite 1. Liitetaulukot.....	119
	Liite 2. Haastatellut asiantuntijat	125

1 JOHDANTO

Rahapelaaminen ja ongelmapelaajat Suomessa

Suomessa on rahapeleissä monopolijärjestelmä. Arpajaislailla on annettu yksinoikeus rahapeleihin

- Raha-automaattiyhdistykselle (RAY), joka harjoittaa raha-automaatti-, kasinopeli- ja pelikasinotoimintaa,
- Veikkaus Oy:lle, jonka järjestää veikkausta, vedonlyöntiä ja raha-arpajaisia sekä
- Fintoto Oy:lle, jonka alaa ovat toto- eli hevospelit (Varvio 2008, 12–14).

Suomessa oli 16 711 RAY:n rahapeliautomaattia ja 342 ravintolakasinopeliä vuonna 2007 (Raha-automaattiyhdistyksen...2007, 11–12). Suomessa pelitarjonta on vapaampaa kuin muissa EU-maissa, sillä maassamme on pelisalien ja kasinoiden lisäksi peliautomaatteja hajasijoitettuina myös kaappoihin, kioskeihin, huoltoasemille, ravintoloihin ja hotelleihin. Suomessa pelataan enemmän kuin muissa EU-maissa ja pelaaminen kasvaa, sillä rahapelien kulutus on yli kaksinkertaistunut vuosina 1990–2005. (Valkama 2006.) Vuonna 2007 oli 15 vuotta täyttäneistä kansalaisista 87 % pelannut joskus rahapelejä ja 73 % oli pelannut niitä viimeksi kuluneen vuoden aikana (Aho & Turja 2007, 5–6). Rahavoittoja tuottavia automaatteja oli viimeksi kuluneen vuoden aikana pelannut 17–74-vuotiaista suomalaisista 42 % vuonna 2007 (Raha-automaattiyhdistyksen... 2007, 36).

Ongelmallista pelaamista on monenlaista, joten on vaikea vetää tarkkoja rajoja ongelmattoman pelaamisen, riskipelaamisen, ongelmapelaamisen ja peliriippuvuuden välille. Ongelmapelaaminen ei ole krooninen sairaus vaan pikemmin dynaaminen tila, jossa ihminen voi retkahtaa pitkienkin pelaamattomien jaksoiden jälkeen (ks. Pelin merkit 2008; Jaakkola 2008b). Lasse Murto ja Jorma Niemelä ovat luokitelleet ihmiset pelaamattomiin, satunnaisesti ja vähän pelaaviin, runsaasti pelaaviin ja ongelmapelaajiin (Murto & Niemelä 1993, 39, 45; Mielonen & Tiittanen 1999, 10–13). Psykiatriassa peliriippuvuus luokitellaan käyttäytymis- ja hillitsemishäiriöihin. Suomessa on käytössä eurooppalainen diagnoosijärjestelmä ICD-10. Sen mukaan pelihimo on häiriö (F63-0), jossa ihmisellä on usein toistuvia uhkapelijaksoja, jotka hallitsevat henkilön elämää ja vahingoittavat hänen sosiaalisia, ammatillisia ja aineellisia sekä perheeseen liittyviä arvojaan ja sitoumuksiaan. Käytössä on myös yhdysvaltalainen diagnoosijärjestelmä DSM. DSM-IVR-mittarilla tarkasteltuna jatkuva ja uusiutuva uhkapelikäyttäytyminen ilmenee vähintään viidellä kymmenestä esitetystä indikaattoreista. (Gyllström ym. 2005, 9, Pajula 2007, 14; http://info.stakes.fi/pelihaitat/FI/rahapelaaminen/kansainvaliset_tau-tiluokitukset.htm).

Vuonna 2007 Suomessa tehdyn väestökyselyn mukaan 63 % vastaajista pitää rahapelaamista vakavana ongelmana ja 56 % kokee pelaamisongelmien lisääntyneen viime vuosina. Ongelmapelaamisesta kertovaan SOGS-kysymyspatteristoon¹ saatujen vastausten perusteella noin 1 % suomalaisista eli 42 000 henkilöä on peliriippuvaisia ja 2,1 % väestöstä eli 88 000 henkilöä ongelmapelaajia. Peliongelmaiseksi luokitellut pelaavat keskimäärin viittä peliä ja käyttävät rahaa pelaamiseen 90 euroa, mikä on keskiarvoa eli 13:a euroa huomattavasti enemmän. Kysely osoittaa, että pelaamisen haitat keskittyvät pienelle väestönosalle. Vuoden aikana rahapeli-ongelmaiseksi luokitellut noin 3 % väestöstä. 130 000 henkilöä käytti pelaamiseen keskimäärin 32,5 % nettikuukausituloistaan ja 32 % suomalaisten rahapeleihin käyttämästä rahamäärästä. (Aho & Turja 2007, 3–4, 38, 46–60.) Pelaaminen ei koske vain pelaajaa itseään. On arvioitu, että yksi pelaaja vaikuttaa keskimäärin seitsemään muuhun henkilöön. Vuoden 2007 väestökyselyn mukaiseen 42 000 peliriippuvaiseen pohjautuvan laskelman perusteella akuutti ongelmapelaaminen olisi siis aiheuttanut Suomessa ongelmia 294 000 henkilölle. (Pajula 2007, 13) Pelaaminen vaikuttaa läheisten elämään monin tavoin, ja siksi on pidetty tärkeänä ottaa myös heidät mukaan ongelmapelaajan hoitoon ja tarjota heille tukea pelaajan rinnalla elämiseen (Pajula 2007; Pölkki & Siitari 1996, 19).

Ongelmapelaamisen syiksi pelaajat ovat kertoneet tavoittelevansa taloudellista hyötyä ja haluavansa päästä vähävaraisuudestaan, parantaa elämänlatuaan (esimerkiksi saada mielekästä ajanvietettä toimettomaan elämään) sekä saada positiivisia tunnekokemuksia. Syiksi kerrotaan myös ulkoiset vaikutteet kuten vanhempien ja kavereiden esimerkki, itsehallinnan heikentyminen, pelaamisesta tulleet vieroitusoireet sekä mielenterveysongelmien aiheuttama alttius (Mielonen & Tiittanen 1999, 26–32). Ryhmäkuntoutukseen osallistuneet pelaajat ovat kertoneet syiksi jännityksen ja mielihyvän, halun paeta todellisuutta sekä sosiaalisten kontaktien ja ajanvietteen tarpeen (Huotari 2007, 40–42). Jännityksen ja voimakkaiden tunnekokemusten hakemisen on todettu olevan yhteydessä riskipelaamiseen etenkin nettipokerin pelaajilla (Svartsjö ym. 2008, 45–50).

Alex Blaszynsckin ja Lia Nowerin peliongelmiin syntyä selittävissä yhtenäisteoriassa eli polkumallissa (Pathways model) on erotettu ehdollistuneet, emotionaalisesti alttiit ja biologisesti alttiit pelaajat. Näistä emotionaalisesti alttiit pelaajat ovat niin sanottuja pakopelaajia, joilla on altistavia ongelmia lapsuudessa, persoonallisuudessa, mielialoissa, selviytymiskyvyssä tai ongelmanratkaisukyvyssä. Heillä on taipumusta kaventaa huomioaluettaan ja emotionaalisesti paeta ongelmia pelien pariin. (Jaakkola 2008c; Blaszynscki & Nower 2002) Ongelmapelaamisen seu-

1 Vuoden 2007 väestökyselyssä on käytetty rahapeli-ongelmien selvittämisen The South Oaks Gambling Screenin SOGS-R -kysymyksiä, jotka pohjautuvat DSM-III:n patologisen pelihimon kriteereihin. SOGS-R on mittari, jota käytetään henkilöiden peliriippuvuuden diagnostisointiin ja väestötutkimusten yhteydessä peliongelmiin yleisyyden selvittämiseen väestön keskuudessa. Mittarissa on 21 kysymystä, joiden perusteella vastaajat luokitellaan seuraaviin ryhmiin: ei rahapeli-ongelmaa (0–2 pistettä), ongelmia pelaamisen hallinnassa (3–4 pistettä) ja todennäköisesti peliriippuvainen (5 pistettä tai enemmän) (Aho & Turja 2007, 2; Gyllström ym. 2005, 13). Mainitut luvut kertovat 12 viimeisen kuukauden prevalenssista eli ne kartoittavat vastaajan ongelmapelaamista viimeisen vuoden ajalta.

rauksia ovat taloudellisen tilanteen heikentyminen, ihmissuhdeongelmat, minäkuvan muuttuminen (esimerkiksi itseluottamuksen heikentyminen, alemmuuden, tyhjyyden ja häpeän tunteet), addiktion muuttuminen elämässä hallitsevaksi eli pelaamisen muodostuminen kokopäiväiseksi ja hallitsemattomaksi, pakonomaiseksi toiminnaksi sekä itsemurhariskin kasvaminen (Mielonen & Tiittanen 1999, 32–40).

Vain pieni osa ongelmapelaajista hakeutuu hoitoon. Hoitotyössä olevat ovat kokeneet ongelmapelaajien elämäntilanteet hankaliksi ja riippuvuuden vahvemmaksi kuin vastaavassa tilanteessa olevien päihdeongelmaisten. Vaikeuksia pelaajille ovat aiheuttaneet päihdeongelmaisiin verrattuna nopeammin tulevat talousongelmat ja kovempi psyykinen paine. Hoitoon hakeutumista on hidastanut kynnys mennä toimipisteisiin, jotka hoitavat sekä peli- että päihderiippuvuuksia. Apu on viivästynyt myös siksi, etteivät pelaajat eivätkä osanneet mennä tai heitä ei ole osattu ohjata oikeisiin paikkoihin. (Poteri & Tourunen 1995, 45, 53–54) Ongelmapelaajan tunnistamista vaikeuttaa se, ettei eri sektorien työntekijöillä ole aina riittävästi tietoa peliongelmaista. Ongelma saatetaan myös salata ympäristöltä eikä peliongelma näy päällepäin kuten esimerkiksi päihdeongelma. Ongelmapelaaminen jää usein näkyvämmän ongelman, kuten päihde- tai mielenterveysongelman taakse. Lisäksi pelaaja hakeutuu usein palveluun pelaamisen seurausten eikä itse pelaamisen vuoksi. (Jaakkola 2008b; Pajula 2007) Suomessa on hakenut vuosittain apua peliongelmaansa noin 5000–6000 henkilöä. 2000-luvulla on ongelmapelaamisen vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrä kuitenkin kasvanut. Tehtyjen arvioiden mukaan 10–15 %:lla päihdeasiakkaista on rahapelaamiseen liittyviä ongelmia. Vuoden 2003 päihdetapauslaskennan asiakkaista on ollut noin 5 %:lla peliongelma. A-kliinikoille on hakeutunut hoitoon 400–500 asiakasta, joiden ensisijainen ongelma on ongelmapelaaminen. (Heinonen 2005, 10–12; Jaakkola 2006.)

Ongelmapelaaminen kytkeytyy yleensä muuhun huono-osaisuuteen kuten sosiaaliin tai taloudellisiin ongelmiin sekä mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Kuntien sosiaalihoitajille tehtyyn kyselyyn vastanneista vain 18 % piti pelaamisesta peliongelmaisten ensisijaisena ongelmana. Vastaajista 39 % piti sellaisena päihdeongelmaa, 21 % mielenterveysongelmaa ja 19 % taloudellisia ongelmia. (Turja 2006, 20–22) Kansainvälisten tutkimusten mukaan päihdeongelmia on ollut noin 35 prosentilla ja mielenterveysongelmia samoin 35 prosentilla peliongelmaisista henkilöistä (Jaakkola 2006). Päihdetapauslaskentojen perusteella päihdepalveluita käyttävillä on keskimääräistä useammin peliongelma, mutta kaikki ongelmapelaajat eivät ole päihdeongelmaisia. Esimerkiksi maahanmuuttajilla peliongelman on todettu harvoin liittyvän päihteiden käyttöön. (Huotari 2008) Ongelmapelaamisen kanssa ilmeneviä ongelmia ovat levottomuus, masennus, ahdistuneisuus, itsetuhoiset ajatukset, tarkkaavaisuushäiriöt ja persoonallisuushäiriöt (esim. Pajula 2007; Huotari 2007). Suomalaista ongelmapelaamista käsitelleeseen haastattelututkimukseen osallistuneista ongelmapelaajista noin viidesosa oli ollut psykiatrisessa hoidossa (Murto & Niemelä 1993, 31–32). Ongelmapelaamisen sekä talousongel-

mien ja velkaantumisen yhteydestä kertoo pelaamista ja velkaantumista selvittänyt tutkimus: kaikkia mahdollisia rahapelejä pelataan myös velaksi, ja rahapelien suurkuluttajat ovat ottaneet pikavippejä enemmän kuin muut suomalaiset. Myös luottohäiriömerkintöjä on huomattavasti enemmän pelaajilla kuin väestöllä keskimäärin. (Lähteenmaa & Strand 2008, 24–29, 38–40; Huotari 2007, 39–40; Poteri ja Tourunen 1995.)

Ongelmapelaamista koskeva tutkimustoiminta lähti Suomessa liikkeelle vuonna 1993 tehdystä haastattelututkimuksesta (Murto & Niemelä 1993). Sen jälkeen pelaajaprofileita on tarkasteltu myös peliongelman hoidon toimivuutta arvioivassa tutkimuksessa (Poteri & Tourunen 1995). Suomessa on tutkittu pelaajien lisäksi heidän läheisiään (Pölkki & Siitari 1996; Pajula 2007). 1990-luvun lopulta alkaneen hiljaisemman kauden jälkeen ongelmapelaamistutkimus alkoi taas voimistua uudelleen 2000-luvun puolessavälissä. Tässä ”toisessa aallossa” tehdyt selvitykset ja tutkimukset ovat liittyneet muun muassa rahapelaamisen etiikkaan (Nikkinen 2008) ja pelaajien velkaantumiseen (Lähteenmaa & Strand 2008). Suomessa on tehty useita peliongelmaisten hoitoa (Huotari 2007; Huotari 2008; Ahonen & Halinen 2008) ja hoitojärjestelmää koskevia tutkimuksia ja selvityksiä (Heinonen 2005; Murto 2005; Turja 2006; Huotari 2009).

Vuonna 2002 uudistetun arpajaislain 52 §:ssä sosiaali- ja terveysministeriö veloitettiin seuraamaan ja tutkimaan rahapelaamisesta aiheutuvia haittoja. Rahapelihaittojen tutkiminen asetettiin vuonna 2007 Stakesin tehtäväksi ja vuonna 2008 myös Kansanterveyslaitoksen. Stakesista ja Kansanterveyslaitoksesta vuoden 2009 alussa muodostettu Terveyden ja hyvinvoinnin laitos jatkaa peliongelmien tutkimusta ja seurantaa sekä rahapelihaittojen ehkäisyä ja hoidon kehittämistä. Ongelmapelaamista koskevan tutkimuksen on mahdollistanut lisääntynyt tutkimusrahoitus. Vuodesta 2007 lähtien Alkoholitutkimussäätiö on jakanut varoja rahapelaamiseen liittyvään tutkimukseen ja rahapelaaminen on ollut mukana Suomen Akatemian Päihteet ja addiktiot -tutkimusohjelmassa. (Pajula 2007, 18–19.)

Ongelmapelaajien palvelut ja niiden kehittymiseen vaikuttavat tekijät Suomessa

Ongelmapelaajien palvelut

Ongelmapelaajia hoidetaan tavallisimmin päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Ongelmapelaamiseen avohoitoa tarjoavat yleisimmin A-klinikat, mutta hoitoa voi saada mielenterveystoimistoissa, kriisikeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, terveyskeskuksissa, psykiatrian poliklinikoilla, seurakuntien diakoniatyössä, vertaisryhmissä sekä laitoshoidossa. Taloudellisissa ongelmissa ja veloista selviämisessä ongelmapelaajia auttavat myös kuntien velkaneuvonta, sosiaalitoimistot, seurakunnat ja

Takuu-säätiö. (Rahapelihaittojen ehkäisy 2008, 21–22; Ahonen 2008, 14) Vuonna 2006 toteutetun kuntien sosiaalijohtajille osoitetun kyselyn perusteella peliongelmia käsitellään eniten sosiaalipalveluissa ja niistä tavallisimmin sosiaalitoimistossa (yht. 79 %), terveyspalveluissa (38 %), mielenterveystyössä (10 %) ja A-klinikoilla (9 %). Oma palvelupiste, johon pelaajat tai heidän omaisensa ohjataan, on 32 %:ssa kunnista, ja 15 % kunnista tuottaa palvelut yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Muun kuin kunnan ylläpitämän tahon palveluun – tavallisimmin A-klinikoille – peliongelmaiset ohjataan 29 %:ssa kunnista. (Turja 2006, 5–8) Tärkein palveluntuottaja ovat ruohonjuuritasolla peliongelmaisia hoitavien kuntien työntekijöiden mukaan A-klinikat, minkä lisäksi asiakkaita ohjataan talous- ja velkaneuvontaan (Huotari 2009).

Suomessa varsinaisesti peliongelmaisille suunnattuja palveluita ovat GA-ryhmät eli pelaajien oma-apuryhmät, joista ensimmäinen käynnistyi Helsingissä vuonna 1992, vuonna 2004 käynnistetty auttava puhelin Peluuri (Mielonen & Tiittanen 1999, 16–17) sekä kehittämishankkeet, jollaisia ovat Peli poikki -ohjelman lisäksi muun muassa Sosiaalipedagogiikan säätiön Maahanmuuttajanuorten pelaaminen hallintaan -hanke. Lisäksi tarjolla on yksilö- ja ryhmäpalveluita Turun A-klinikkasäätiön nuorisoasemalla, Kuopion kriisikeskuksessa, Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiössä sekä A-klinikkasäätiön Hietalinna-yhteisön koulutusryhmätöiminnassa, joka pohjautuu Rapeli-kuntoutukseen. Laitoskuntoutusta on järjestetty vuodesta 1993 lähtien kahdessa kuntoutuskeskuksessa: Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskuksessa ja pienimuotoisemmin myös Kouvolan kuntoutuskeskuksessa. (Huotari 2007, 22–25; Huotari 2009.)

Taulukossa 1 on kuvattu Suomen rahapeliongelmaisten palveluiden kokonaisuus ja siitä ilmenee Peli poikki -hoito-ohjelman sijoittuminen palvelukenttään. Hoito-ohjelma on kuvaava käsite Peli poikki -mallille, sillä se rakentuu säännöllisesti noin kahden kuukauden aikana toteutettavien moduuleille. Ohjelma on lyhytterapeuttista avohoitopalvelua, jossa aikaa käytetään eniten internetissä täytettäviin tehtäviin. Ohjelma ei kuitenkaan ole puhtaasti oma-apuopas, vaan se tarjoaa ulkopuolista apua ja henkilökohtaisen puhelinkontaktin terapeuttiin. Ohjelmassa tarjotaan myös mahdollisuus vertaistukeen verkkofoorumilla, vaikka varsinaisen ohjattuun tai ohjaamattomaan ryhmätöimintaan verrattuna tämä vertaistuki on vähäisempää.

Ongelmapelaamiseen käytetään avo- ja laitoshoidoa. Yleisiä toimintamenetelmiä ovat yksilö-, pari- ja perheterapia, keskustelut, neuvonta, kognitiivinen käytätymisterapia, supporttiivinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, lyhytterapia, psykoterapia, kriisihoito, hypnoosi sekä pelaamis- ja rahankäyttösuunnitelmat ja -päiväkirjat. (Murto & Niemelä 1993, 52–57; Poteri & Tourunen 8–13, 1995; Mielonen & Tiittanen 1999, 16–17.) Kuntien sosiaalijohtajille vuonna 2006 tehdyn kyselyn mukaan ongelmapelaajille tarjottavia palveluita ovat tavallisimmin ohjaus ja neuvonta (78 %), velkaneuvonta (30 %), laitoskuntoutus (25 %), ohjaus A-klinikalle (24 %) ja terveydenhuoltopalvelut (22 %) sekä ohjaus muuhun hoitopaikkaan

TAULUKKO 1. Rahapeliongelman palvelupolut, toimijat ja tehtävät

Palvelu	Toimijat ja tehtävät
EHKÄISY	Useat toimijat eri tasoilla: pelipolitiikka, sosiaaliseen ympäristöön ja yksilöllisiin tekijöihin vaikuttaminen
TOTEAMINEN, TILANNEARVIO	Useat toimijat eri tasoilla: pelaamisen puheeksi otto (Lie Bet -kysymykset -> psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen, taloudellinen tilanne kokonaisuutena
NEUVONTA JA OHJAUS	Terveyskeskukset, sosiaalipalvelut, koulu-/opiskelijaterveydenhuolto, A-klinikat, mielenterveyspalvelut, nuorisoasemat, talous- ja velkaneuvonta, Peluuri (1 390 peliongelmaa koskevaa puhelua v. 2007) -> pelaamisen kontrolloinnin tuki, vastuullinen pelaaminen, velkaneuvonta
HOITO, KUNTOUTUS	Avohoito: A-klinikat, mielenterveyspalvelut, Sosiaalipedagogiikan säätiön MaPe-hanke (31 asiakasta 2/2008), Peli Poikki -ohjelma (10/2008 yht. 18 asiakasta hoidossa kerrallaan), Kuopion Kriisikeskus (40–50 asiakasta vuodessa), Turun nuorisoasema (18 asiakasta v. 2007), Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö (50 asiakasta v. 2007), Hietalinna-yhteisö (Rapelissa ollut 85 varsinaisen hoitojakson aloittanutta)
	Laitoskuntoutus: Tyynelä (30–50 asiakasta vuodessa), Kouvola (1 asiakas v. 2007)
VERTAISTUKI	Vertaisryhmät: GA-ryhmät (9 paikkakunnalla), verkkoyhteisöt (Päihdelinkin Valtti-foorumi)
YHTEISTYÖ	Sosiaali-, terveys- ja talouspalveluiden kanssa: myös läheisten tilanteen huomioon ottaminen

Lähde: Taulukon tiedot pohjautuvat Stakesin kehittämisspällikön Saini Mustalammen laatimaan kuvioon (www.stakes.fi/pelihaitat > hoito) sekä Kari Huotarin (2009) peliongelmaisten hoitojärjestelmää koskevan raportin tietoihin.

(15 %) (Turja 2006, 20). Itsehoidon tueksi A-klinikkasäätiö ja Sininauhasäätiö ovat tuottaneet peliongelmiin liittyvää itseapumateriaalia, jota on ollut jaettavana pelipaikoissa sekä sosiaali- ja terveyskeskuksissa (Huotari 2007, 23).

Ongelmapelaamisen luonteesta ja hoitotavoista on kaivattu lisää tietoa jo pitkään (esim. Poteri ja Tourunen 1995, 14). Ongelmapelaaminen tulee esille kuntien peruspalveluissa suhteellisen harvoin, mistä kertovat kuntien sosiaalijohtajalle osoitetun kyselyn tulokset. Kyselyn mukaan 29 % kuntien sosiaalijohtajista ei ole tietoa ongelmapelaajien kohtaamisen tiheydestä, 27 % kertoo peliongelmaisia kohdattavan harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja 25 % harvemmin kuin kerran vuodessa. (Turja 2006, 15–17.) Vuonna 1995 arvioi 62 % hoitoyksiköistä ongelmapelaajien hoidon saatavuuden paikkakunnallaan hyväksi tai ainakin tyydyttäväksi (Poteri & Tourunen 1995, 9). Sen sijaan vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen perusteella 60 % sosiaalijohtajista koki peliongelmaisten paikkakunnalla melko tai erittäin huonos-

ti huomioon otetuiksi kunnan palvelujärjestelmässä, 46 % totesi ongelmapelaajien hoidon ja ehkäisyn jäävän vaille erityistä huomiota ja vain 1 %:lla kunnista oli kirjallinen ohjelma rahapeliongelmaisten hoitoa varten (Turja 2006, 9–11, 14). Vuonna 2008 tehdyn kyselyn perusteella myös käytännön työtä tekevät, ongelmapelaajia kohtaavat työntekijät kokevat, että peliongelma on näkymätön eikä sen laajuutta ja syvyyttä tiedosteta tarpeeksi, ja niin se voi jäädä toissijaiseksi palveluissa (Huotari 2009). Syinä vaikeuteen järjestää ongelmapelaajien palvelut pidetään taloudellista lamaa, joka osui 1990-luvulla peliongelmaisten hoidon käynnistymisvaiheeseen, peliongelmiin ja päihdehoidon yhteen kytkemistä eli A-klinikoiden mieltämistä päihdeongelmia hoitavaksi tahoksi sekä edellytysten puuttumista yksinomaan peliongelmin keskittyvien palveluiden luomiselta (Heinonen 2005, 5–6).

Tuoreessa ongelmapelaajien hoitopalveluita käsittelevässä tutkimuksessaan Huotari (2009) tarkastelee ongelmapelaajien hoidon ja tuen tarjoamisen menetelmiä, hoitojärjestelmän kykyä vastata erilaisista peliongelmissa kärsivien tuen ja hoidon tarpeisiin sekä hoitojen kokonaisvaltaisuutta eli niiden kykyä ottaa huomioon ongelmapelaamisen lisäksi myös asiakkaiden päihde- ja moniongelmaisuus. Huotarin tekemän asiantuntijakyselyn mukaan mikään pelaajaryhmä ei saa riittävästi palveluita. Tukipalveluita on riittämättömästi muun muassa moniongelmaisille tai A-klinikoilta apua haluamattomille asiakkaille, internetiä käyttämättömille ikääntyneille, nuorille, maahanmuuttajille ja mielenterveysongelmaisille. Myöskään ongelmapelaajien läheisiä ei koeta otettavan palveluissa huomioon eikä heille ei ole riittävästi omia palveluita. Tuki- ja hoitopalveluiden rahoitus toimii vastaajien mielestä huonosti ja sattumavaraisesti, ja kuntien rahoitusta pidetään liian pienenä tarpeisiin nähden. Ongelmapelaajien palveluita pidetään alueellisesti toisistaan poikkeavina ja hajanaisina sekä heikosti koordinoituina ja kansalaisten katsotaan siksi olevan eriarvoisessa asemassa hoitopalveluiden suhteen. Kunnallisia palveluita pidetään heikkoina eikä niissä koeta olevan riittävästi tietoa ongelmapelaamisesta eikä ongelmapelaajia siksi osata tunnistaa eikä ohjata hoitoon. Vaikka pääkaupunkiseudulla on palveluita, puutteita on koettu niiden organisoinnissa. Ongelmapelaajien koetaan olevan toissijaisia hoidossa ja joutuvan pallotelluksi hoitopaikasta toiseen. Kuntien ja palveluntuottajien käytännön työn tekijöiden mukaan ongelmapelaamista ei selvitetä systemaattisesti missään kaupungissa eikä toimipisteessä.

Huotari (2009) ehdottaa seuraavia parannuksia:

- Ongelmapelaajien palvelut järjestetään selkeäksi koordinoituksi kokonaisuudeksi,
- perustietämystä ja osaamista ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluista ja ennaltaehkäisystä viedään kaikkiin kuntiin,
- ongelmapelaamiseen liittyvää osaamista vahvistetaan myös mielenterveysongelmaisten palveluissa,

- A-klinikoiden palveluita kehitetään monimuotoisemman riippuvuusklinikan suuntaan,
- A-klinikkaverkostoa hyödynnetään ongelmapelaajien palveluissa myös jalkautuvien terapeuttien avulla,
- toimiviksi osoittautuneet lyhytkestoiset avopalvelut levitetään laajalti koko maahan,
- talous- ja velkaongelmat otetaan hoidossa huomioon ja
- ongelmapelaajien hoitoon, tukeen ja koulutukseen suunnataan lisää resursseja.

Myös Jukka Heinonen on suositellut ongelmapelaajien palvelujen liittämistä muihin hoitopalveluihin sen sijaan että ne keskitettäisiin vahvaan päihdeongelmaisten hoitojärjestelmään sekä itsearviointi- ja vertaistukimenetelmien ja muiden terveydenhuollon mini-interventioiden käyttämistä (Heinonen 2005, 14).

Ongelmapelaajien palveluihin vaikuttavat tekijät

Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää luonnehtii pirstaleisuus, suunnittelemattomuus, paikallinen ja seudullinen hajanaisuus sekä yhteistoiminnan puute. Tämä ei helpota ongelmapelaajien palveluiden koordinoimista eikä niihin hakeutumista. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa on maa jaettu puitelain 6 §:n mukaisesti kuntayhtymiin, jotka edistävät alueella väestön terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta. Tavoitteeksi on asetettu laajan väestöpohjan alueiksi muodostuva kuntien, yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiirien muodostama kokonaisuus, jossa kunnat olisivat samassa erikoissairaanhoidosta vastaavassa sairaanhoitopiirissä kuin ne olisivat 150 000 hengen yhteistoiminta-alueessa. Sosiaali- ja terveystieteissä pyritään luomaan saumattomia hoito- ja palvelukokonaisuuksia, jossa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyötä pidetään tärkeänä, erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä vanhenevan väestön palveluissa. Näin on tarkoitus turvata alueellisen palveluverkon kattavuus sekä palveluiden laatu ja rahoitus ja kehittää ehkäisevää näkökulmaa sosiaali- ja terveystieteissä. Erityisosaamista vaativien laajan väestöpohjan palveluiden on määrä täydentää lähipalveluita ja seudullisia palveluita, joista kunnat edelleen huolehtivat. (www.kunnat.net- Kunta- ja palvelurakenneuudistus; Uusi terveydenhuoltolaki... 2008, 75–76.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa Mieli 2009 -työryhmässä linjataan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä, hyviä käytäntöjä ja ohjausmekanismeja. Työryhmän suunnitelmaluonnoksen mukaan tavoitteena on soveltaa päihde- ja mielenterveyspalveluihin yhden oven periaatetta, jotta kansalaiset pääsisivät hoitoon nykyistä joustavammin. Luonnoksessa on asetettu tavoitteeksi, että kunta- ja palvelurakenneuudistukseen liittyvän puitelain mukaisella 150 000 hengen laajan väestöpohjan alueella toimisi yksi kokopäiväinen pysyvä työntekijä, jonka tehtävänä olisi koordinoita ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä. (Mielenter-

veys- ja päihdesuunnitelma... 2008.) Terveydenhoitolakia uudistavan työryhmän ehdotuksessa on korostettu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita, ja yksi keino on laatia yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolaki. Lisäksi on suositeltu, että kunnat tekisivät itsekseen tai yhdessä muiden kuntien kanssa suunnitelmia kuntalaisten terveysongelmia ehkäisevästä toiminnasta, palveluista ja niihin varattavista voimavaroista. Myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelman luonnoksessa on suositeltu selvitettäväksi mielenterveys- ja päihdelakien yhdistämisen mahdollisuus. (Uusi terveydenhuoltolaki... 2008; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma... 2008; ks. www.thl.fi/mielijapaihde.)

Suomessa kunnat kustantavat ongelmapelaamisen hoitokustannukset. Nii- den on todettu vaihtelevan runsaasti eri kuntien välillä. Suomessa ongelmapelaaminen on kahdessa tautiluokituksessa, DSM-IVR sekä ICD-10 -luokituksissa, joista jälkimmäisen perusteella käytös- ja hillitsemishäiriöstä kärsivät ongelmapelaajat voivat saada Kelan hankinnanvaraista tukea kuntoutukseen. Kuten Kelan tilastoihin perustuvasta liitetaulukosta 1 ilmenee, lääkärit eivät usein käytä käytös- ja hillitsemishäiriödiagnoosia hoitoon ohjaamisessa. Syyksi tähän on todettu epäselvät käytännöt, joidenka vuoksi lääkärit merkitsevät hoitoonohjauksen kriteeriksi mieluummin esimerkiksi masennuksen. Psykiatrisen diagnoosijärjestelmään liittyvänä pelihimo kuuluu mielenterveyslain vastuualueelle. Mielenterveyslain perusteella kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalveluiden järjestämisestä², mutta peliriippuvuusdiagnoosin käyttämisen vähäisyys on vaikuttanut osaltaan ongelmapelaajien palveluiden vähäisyyteen ja hajanaisuuteen. (Rahapelihaittojen ehkäisy 2008, 30; Huotari 2007, 93.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama rahapeliongelmiin ehkäisyn ja hoidon kehittämisen koordinaatioryhmä on ehdottanut ministeriölle, että rahapeli-ongelmaisten tuki- ja hoitopalvelut varmistettaisiin kunta- ja palvelurakenneuudistukseen liittyvässä lainsäädäntö- ja kehittämistyössä. On pidetty tärkeänä linjata alueellisissa ja paikallisissa hyvinvointi- ja terveysstrategioissa ja toimintaohjelmissa ehkäisy ja hoito sekä palveluiden järjestäminen. Kuluttajien, työssään pelihaittoja kohtaavien ja päättäjien tietoa rahapelihaitoista ja niiden hoitomahdollisuuksista tulee lisätä.

Työryhmä on suositellut, että kuntien yleislainsäädäntöä uusittaessa rahapeliongelmat otetaan huomioon, määritellään ongelmapelaajien palvelut lähi- ja yhteistoiminta-alueilla sekä laajempaa väestöpohjaa edellyttävillä alueilla sekä selkiytetään sosiaalietuuksia ja yhteistyötä talous- ja velkaneuvonnan ja sosiaali- ja terveyspalveluiden kesken. (Rahapelihaittojen...2007, 16, 29–30.) Selvityksissä ja tutkimuksissa on tuotu esille tarve perustaa pelihoidon kehittämiskeskus, joka

² Mielenterveyslain 3 §:n perusteella kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä kansanterveyslaissa säädetyn mukaisesti ja osana sosiaalihuoltoa sosiaalihuoltolaissa säädetyn mukaisesti. Mielenterveyspalvelut tulee lain 4 §:n mukaan järjestää ensisijaisesti avopalveluina sekä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnassa tai kuntainliiton alueella esiintyvä tarve edellyttää.

koordinoisi koulutusta ja toimisi konsulttina ja työnohjaajana (Heinonen 2005, 15; Huotari 2009).

Ongelmapelaajien palveluiden rahoitukseen liittyy osaltaan Suomessa vuonna 2007 käynnistynyt arpajaislain muutos, josta tehdään esitys vuonna 2009. Lakiuudistuksen toisessa vaiheessa selvitetään peliongelmiin kustannuksia ja voimavaroja seurannan, tutkimuksen, ehkäisyn ja hoidon kehittämisen osalta. Uudistuksen toisessa vaiheessa selvitetään myös raha-automaattipelaamisen tunnistamista, toimilupajärjestelmää, rahapeliyhteisöjen ohjausta, nettipokeria ja muita uusia pelitapoja, ulkomaille nettipelaamisen estämistä tai rajoittamista sekä lupa- ja valvontaviranomaisten organisointia ja resursointia (http://www.intermin.fi/suomi/arpajaislain_uudistus) Tätä raporttia kirjoitettaessa ovat uudistuksen ensimmäisen vaiheen ehdotukset eduskuntakäsittelyssä. Niissä käsitellään pelien ikärajoja ja markkinoinnin rajoituksia, kuten yleistä 18 vuoden ikärajaa, vastuullista ja luvalista peliä koskevan markkinoinnin sallimista sekä erityisiä riskejä sisältävien pelien markkinoinnin kieltämistä muualla kuin erityisissä pelisaleissa, pelikasinoissa ja raviradoilla.

Suomessa RAY on avustanut sille asetettujen tehtävien ja arpajaislain säännösten mukaisesti peliongelmiin hoidon kehittämistä 640 000 eurolla vuonna 2007. Auttava puhelin Peluurin kustannuksiin ovat osallistuneet RAY 110 000 eurolla, Veikkaus 110 000 eurolla ja Fintoto 28 000 eurolla (Raha-automaattiyhdistyksen...2007, 38; Jaakkola 2007). Sosiaali- ja terveysministeriön rahapelihaittojen ehkäisyn ja hoidon koordinaatioryhmä on ehdottanut arpajaislain täydentämistä siten, että sen perusteella voitaisiin tukea haittojen seurannan ja tutkimuksen lisäksi myös niiden ehkäisyä ja hoitoa julkisella sektorilla, sillä tehtävää ovat hoitaneet toistaiseksi lähinnä kolmannen sektorin toimijat koordinoimattomasti (Rahapelihaittojen ehkäisy 2008, 15, 23). Ulkomailla on käytössä malleja, joissa rahapeliyhtiöt osallistuvat ongelmapelaamisesta aiheutuvien hoitojen rahoittamiseen. Uudessa Seelannissa Ministry of Health vastaa Gambling Actin perusteella ongelmapelaamisen hoidosta ja on luonut toimintasuunnitelman rahapeleistä aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Tämän suunnitelman laatimis- ja toteuttamiskustannuksista vastaavat rahapelien järjestäjät. Ne maksavat niin sanottua ”ongelmapelaamisveroa” (problem gambling levy). ”Ongelmapelaamisveron” osuus vaihtelee pelistä riippuen 0,2–1,7 %.³ (Varvio 2008, 25–26.)

³ Korkein vero on kasinojen ulkopuolella olevilla peliautomaateilla, jotka ovat muun muassa ravintoloissa. (<http://www.dia.govt.nz>)

2 ARVIOINTITEHTÄVÄ, AINEISTOT JA KÄYTETYT MENETELMÄT

Arviointitehtävä

Sosiaali- ja terveysministeriö on toimeenpannut Peli poikki -ohjelman ulkoisen arvioinnin osana rahapelaamisesta aiheutuvien haittojen seurantaa sekä peliongelmien ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen liittyvää toimeksiantoa. Tämän arvioinnin ovat toteuttaneet yhteistyössä tutkija Sari Pitkänen Sosiaalikehitys Oy:stä ja yliopistonlehtori Kari Huotari Helsingin yliopistosta. Tilastollisten ajojen asiantuntijana ja keskiarvotestausten toteuttajana on toiminut tohtorikoulutettava VTM Mira Kalalahti Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitokselta. Arvioinnin toteuttamisessa ovat avustaneet projektipäällikkö Tapio Jaakkola (muun muassa hoito-ohjelmassa käytössä olevien mittaristojen laatimisessa) ja terapeutti Timo Alihanka asiakashaastatteluiden järjestelyissä. Arvioinnin tueksi asetettiin ohjausryhmä, johon ovat kuuluneet neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä, projektipäällikkö Tapio Jaakkola Peluurista, kehittämisspäälikkö Saini Mustalampi Stakesista, erikoistutkija Johanna Järvinen-Tassopoulos Stakesista sekä projektitutkija Mari Pajula Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Soccasta. Ohjausryhmän jäsenten neuvot ja kommentit ovat olleet arvioitsijoille arvokas apu. Arvioinnin toteutukseen ovat vaikuttaneet keskeisesti myös ne ohjelmaan hakeutuneet ja jonottavat asiakkaat sekä asiantuntijat, jotka kertoivat haastatteluissa omia näkemyksiään. Lisäksi kiitos kielenhuollosta Markku Soikkelille.

Peli poikki -ohjelma on valtakunnalliseen käyttöön tarkoitettu internet-pohjainen oma-apuopas⁴ peliongelman hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa sen kokeilun ja tutkimisen. Se käynnistyi vuonna 2007 ja päättyi vuoden 2009 syksyllä. Peli poikki -ohjelma perustuu ruotsalaisen Spelinstitutetin ja Malmö Mediastudion kehittämään hoitomalliin, jonka kehittämisen on rahoittanut Statens folkhälsoinstitut eli Ruotsin kansanterveysinstituutti. Hoito-ohjelma perustuu kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan ja motivoivaan haastatteluun. Peli poikki -ohjelma tekee tiivistä yhteistyötä ruotsalaisen ohjelman kanssa. Ruotsista on saatu koulutusta, työnohjausta terapeutille sekä apua ohjelman hallinnointiin. Hoito-ohjelma toimii osana pelaajille ja heidän läheisilleen tarkoitettua A-klinikkasäätöön ja Sininauhaliiton ylläpitämää Peluuri-puhelinpalvelua. Peli poikki -ohjelma on matalan kynnyksen palvelu, joka täydentää muita hoitopalveluja. Se muodostuu asiakkaan omasta opiskelusta, työmateriaaleista, nettifoorumista, kotitehtävistä ja

4 Hoito-ohjelmasta on käytetty raportissa pääasiassa käsitettä ohjelma. Oma-apuopas on arvioinnissa tehtyjen havaintojen perusteella liian kapea määritelmä, sillä ohjelma koostuu omaehtoisesti täytettävien tehtävien lisäksi terapeutin kanssa käydyistä keskusteluista ja verkkofoorumista.

terapeutin kanssa käytävistä puhelinkeskusteluista. Ohjelma koostuu kahdeksasta viikon mittaisesta verkkotehtäväjaksosta ja viikoittaisesta terapeutin ohjauksesta. (Peliriippuvuuden hoitaminen... 2007.)

Ulkoisen arvioinnin tehtävänä on ollut selvittää hoito-ohjelman tavoitteiden saavuttamista, niiden toteutumista edistäneitä ja estäneitä tekijöitä, hoito-ohjelman vaikutuksia asiakkaiden hyvinvointiin ja muiden palvelujen käyttöön sekä ohjelman soveltumista erilaisille asiakasryhmille ja palvelujärjestelmään.

Arviointikysymykset ovat:

- 1) Onko hoito-ohjelman tavoitteet saavutettu? Mitkä tekijät ovat edistäneet ja estäneet tavoitteiden toteutumista?
 - a. Miten hoito-ohjelma on tavoittanut ongelmapelaajia ja kyennyt tarjoamaan apua sitä haluaville?
 - b. Mikä mallissa koettiin toimivaksi ja mitä pitää vielä kehittää? (käyttäjä-/asiantuntijanäkökulmat)
- 2) Millaisia vaikutuksia hoito-ohjelmalla on asiakkaiden hyvinvointiin?
 - a. Millaisia konkreettisia elämänhallinnan muutoksia hoito-ohjelman läpikäyminen on saanut asiakkaissa aikaan?
 - b. Miten aikakestäviä nämä muutokset ovat olleet seurantajaksolla?
- 3) Minkä tyyppiselle asiakaskunnalle hoito-ohjelma soveltuu?
 - a. Millaisia yksilöintejä on havaittavissa niissä osallistujissa, joille hoito-ohjelma on osoittautunut tulokselliseksi?
 - b. Millaisia yksilöintejä on havaittavissa niissä osallistujissa, joiden kohdalla hoito-ohjelma ei ole tuottanut haluttuja tuloksia?
- 4) Vaikuttaako hoito-ohjelma asiakkaiden muiden palvelujen käyttöön?
 - a. Miten asiakkaat ovat kokeneet hoito-ohjelman tukevan muita hoitopalveluja?
 - b. Miten hoito-ohjelma on vähentänyt mahdollista palvelujen päällekkäiskäyttöä?
 - c. Miten palveluja voisi kehittää vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita?
- 5) Miten hoito-ohjelma soveltuu palvelujärjestelmään? Miten muu palvelujärjestelmä kykenee tukemaan hoito-ohjelmaa ja hyötymään siitä?
 - a. Miten hoito-ohjelma pystyy täydentämään olemassa olevaa hoitojärjestelmää? Mitä lisäarvoa ohjelma tuo tähän?
 - b. Miten hoito-ohjelma tulisi ottaa huomioon osana palvelujärjestelmää?
 - c. Kenen tulisi jatkossa vastata palvelusta (julkisen toimijan, järjestön/ yksityisen palveluntuottajan)?

Aineisto ja menetelmät

Arviointitutkimus on toteutettu vuonna 2008 heinäkuusta marraskuuhun. Aineistona ovat olleet

1) Asiakasrekisteriaineisto:

- Peli poikki -ohjelman seulonta-, esitutkimus- ja jälkitutkimustiedot (numeeriset rekisteritiedot, jotka tallentuvat tietokantaan asiakkaiden täytessä lomakkeen ohjelman internet-sivustolla; aineisto 8.11.2008 tilanteesta, joka on saatu arvioitsijoiden käyttöön 12.11.2008),
- 36 asiakkaan jälkiseurantakyselyiden laadullinen aineisto (avovastaukset, tilanne 15.10.2008⁵),
- hoito-ohjelman asiakkaille tarkoitettulle verkkofoorumille laaditut kirjoitukset.

2) Haastattelut:

- 9 asiakashaastattelua: 5 ohjelman läpikäyneen asiakkaan haastattelua (tehty syys-lokakuussa 2008), 4 ohjelmaan jonottavan henkilön haastattelua (tehty loka-marraskuussa 2008)
- 27 henkilön asiantuntijahaastattelut: projektitoimijoiden (2 henkilöä) ja asiantuntijoiden haastattelut (tehty 25 henkilöä elo-syyskuussa 2008).

Keskeiset arviointikysymykset koskevat hoito-ohjelman soveltuvuutta ja asiakasvaikutuksia, ja siksi ohjelman asiakastietojärjestelmä on tarjonnut tärkeitä vastauksia. Ruotsissa ohjelmaa on testattu ja arvioitu Statens folkhälsoinstitutetin eli Ruotsin kansanterveysinstituutin rahoittamassa tutkimuksessa. Asiakasaineiston saannissa ilmeni vaikeuksia, mikä oli yllätys kaikille osapuolille, koska ohjelma on suunniteltu tutkimuskäyttöä ajatellen ja ruotsinkielisestä ohjelmaversiosta on tehty asiakasrekisteriaineistoihin perustuva tilastollinen arviointi (Bergström & Lundgren 2007, Carlbring & Smit 2008). Arvioinnin kannalta keskeinen asiakasrekisteriaineisto saatiin tutkimuskäyttöön vasta arvioinnin viimeisen toteuttamiskuukauden puolivälissä, ja tämä on vaikeuttanut asiakkuutta koskevan aineiston analysointia. Arvioinnin kannalta merkittävästi viivästynyt aineisto saapui tutkijoiden käyttöön raakadatana, josta puuttuivat muuttujien nimet ja luokittelut, eikä kaikkia tekstimuotoon kirjattuja muuttujia ehditty koodata numeeriseen muotoon, mitä määrällinen analysointi olisi vaatinut. Avovastausten analyysi perustuu tallenteisiin 15.10.2008 palautettujen jälkiseurantalomakkeiden paperiversioista, sillä saadussa aineistomatriisissa tekstikentät olivat katkenneita eikä vastauksia voinut kokonaan lukea.

Asiakasrekisteriaineiston pohjana olevissa internet-kyselyssä (ks. taulukko 3) on seulontakyselyssä noin 90 ja muissa kyselyissä noin 60 kysymystä, joissa on

⁵ 15.10.2008 mennessä oli jätetty 36 jälkiseurantalomaketta, joista 28 eli 77 % oli miehiltä. Jälkiseurannan jättäneet asuivat 21 paikkakunnalla eri puolella Suomea. Näistä 4 oli kuntia, joissa ei ole A-klinikan toimintaa. Jälkiseurantaan vastanneiden keski-ikä oli 37 vuotta, nuorin oli 20-vuotias ja vanhin 62-vuotias.

henkilön taustatietoja, elämäntilannetta ja pelaamista koskevia kysymyspatteristoja. Seulonta-aineistossa on enemmän hakijan taustaan ja pelaamistapaan liittyviä kysymyksiä kuin muissa kyselyosuuksissa, jälkitutkimuskyselyssä taas asiakaspalautteeseen liittyviä kysymyksiä. Esitutkimuskysely on näitä tiiviimpi hoidon alkamisvaiheen tilannetta kartoittava osuus. Asiakasrekisteriaineisto on siis lähtökohdiltaan erittäin rikas. Sen perusteella voisi tehdä asiakastyypittelyjä sekä laatia pitkällä aikavälillä erilaisia pitkittäistutkimustarkasteluja hoito-ohjelmaan osallistuneista asiakkaista ja ohjelman asiakasvaikutuksista. Jälkitutkimustiedot on otettu hoidon päättyessä täytettävästä jälkiseurantalomakkeesta, jonka ohjelman läpikäyneet täyttävät myös kuuden kuukauden ja vuoden kuluttua hoidon päättymisestä. Koska kuuden kuukauden jälkiseurantakyselyn vastaanottaneita oli arvioinnin toteuttamisajankohtana 28 henkilöä ja sen palauttaneita vain 10 henkilöä eikä kenellekään ollut vielä lähetetty vuoden jälkeen hoidon päättymisestä täytettävää seurantalomaketta, nämä ryhmät rajattiin pois aineiston analysoinnista. Koska piltottivaiheesta olevasta hoito-ohjelmasta ei toistaiseksi ole saatavilla tietoa ohjelman jälkeiseltä, pitkittäisen seurannan mahdollistavalta ajalta, raportissa esitetään vain ennakoivia arvioita hoitotulosten pysyvyydestä.

Ohjelman terapeutti tekee jälkihaastattelut ohjelman suorittaneille henkilöille, mutta näihin keskusteluihin pohjautuva aineisto on saatavilla vain epävirallisina muistiinpanoina eikä se ole ollut käytettävissä tutkimustarkoitukseen. Arvioinnissa pyrittiin hankkimaan aineistoa myös Peluuri-palvelun asiakaskyselyn avulla liittämällä lomakkeeseen muiden palveluiden käyttöä koskeva kysymys, jolla olisi saatu lisätietoa aiheesta koskevaan arviointikysymykseen. Lokakuussa liikkeelle laitettuun kyselyyn oli vastannut marraskuun loppuun mennessä postitse tai netissä kahdeksan henkilöä, joista kukaan ei ollut osallistunut Peli poikki -ohjelmaan. Tästä syystä asiakaspalautteaineistoa ei pystytty hyödyntämään suunnitellulla tavalla.

Asiakkuutta koskevaa arviointitietoa saatiin kuitenkin asiakasrekisteriaineistojen lisäksi asiakashaastatteluista, joita tehtiin sekä ohjelmaan läpikäyneille että sinne jonottaville. Ohjelman läpikäyneet asiakkaat tavoitettiin esittämällä haastattelupyynnöksi terapeutin jälkihaastattelussa, ja tutkijoille välitettiin haastatteluun lupautuneiden asiakkaiden yhteystiedot. Ohjelmaan osallistuneet valikoituivat haastattaviksi satunnaisessa järjestyksessä eri puolelta Suomea. Haastattelussa kysyttiin ohjelmaan hakeutumisesta, sen läpikäymisestä, ohjelman onnistuneisuudesta ja siitä saadusta hyödyistä sekä muiden palveluiden käytöstä. Ohjelmaan jonottaville, seulontaan osallistuneille haastattelupyynnöksi lähetettiin sähköpostitse, koska se oli ainoa keino tavoittaa heidät. Myös jonottajat valikoituivat kohderyhmäksi satunnaisesti, kun viestejä lähetettiin ohjelmaan odottaville tasavälipoiminnalla. Jonottajien haastatteluilla pyrittiin saamaan samanlaista tietoa hoitoon hakeutumisen motiiveista, ohjelman tavoitettavuudesta sekä muiden palveluiden käytöstä kuin ohjelman läpi käyneiltäkin.

Asiantuntijahaastatteluita⁶ toteutettiin hoito-ohjelman projektihenkilöstön lisäksi ongelmapelaajien hoitopalveluiden tuottajille, viranomaisille ja järjestötoimijoille (ks. liite 2). Asiantuntijahaastattelujen avulla pyrittiin saamaan tietoa etenkin hoito-ohjelman tavoitettavuudesta ja soveltuvuudesta muuhun palvelujärjestelmään.

Ongelmapelaaminen koetaan usein häpeälliseksi eikä siitä puhuta aina edes lähimmille. Tutkimuseettisiä kysymyksiä on arvioinnissa korostanut se, että ohjelmassa korostetaan osallistumisen vapaaehtoisuutta ja anonyymiyttä. Arvioinnissa on sovellettu tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita, joista tämän arviointitutkimuksen kannalta keskeisiä ovat tutkimuksen oikeutusta ja sen toteuttamista koskevat hyvät tieteelliset säännöt (Pietarinen 1999). Eettisten sääntöjen mukaan tutkimuksessa tulee pidättäytyä tuottamasta kenellekään kohtuuttomasti vahinkoa ja kunnioittaa ihmisarvoa; tutkimuksen ei tule loukata ihmisarvoa yleisesti eikä yksittäisen ihmisen tai ihmisryhmän osalta. Arviointitutkimuksessa on käytetty tieteessä hyväksyttyjä ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä sekä otettu huomioon henkilöstörekistereiden käyttöön liittyvät, yksityisyyden kunnioittamista koskevat säädökset. Tutkijoiden käytössä ei esimerkiksi ole ollut osallistujien henkilöiden paljastavia tietoja. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista, ja aineisto on kerätty haastateltavien omia toiveita ja yksityisyyttä kunnioittaen. Asiakasaineistoja ja muita arviointitietoja ovat käsitelleet vain tutkijat, eikä haastateltavien nimiä tai yhteystietoja ole kirjattu mihinkään, vaan ne on hävitetty heti haastatteluiden jälkeen. Tutkimuksessa ei ole myöskään käsitelty tilastotietoja yksilötasolla eikä yhdistetty haastattelutietoja rekisteriaineistoon, vaan niitä on käsitelty erikseen.

6 Arvioinnissa on käytetty käsitettä asiantuntija niistä henkilöistä, jotka edustavat ongelmapelaajille hoitopalveluita tarjoavia tahoja tai ovat muutoin yhteydessä ongelmapelaamisen tematiikkaan. Asiantuntijoiksi ovat määrittyneet myös ne haastateltavat, joilla on asemansa perusteella asiantuntemusta omaltaan alaltaan arviointikysymysten kannalta keskeisistä teemoista kuten ohjelman soveltuvuudesta palvelujärjestelmään.

3 PELI POIKKI -OHJELMAN ASIAKKAAT JA OHJELMAN SISÄLTÖ

Peli poikki -ohjelma on internet-pohjainen hoitopalvelu, joka edellyttää tietokoneen käyttötaitoa. Ruotsissa oli 71 %:lla kansalaisista tietokone kotona vuonna 2006 (Bergström & Lundgren 2007, 2). Suomessa tietotekniikan käyttö on yhtä yleistä kuin Ruotsissa. Vuonna 2006 Suomessa oli tietokone 71 %:lla talouksista ja internet-yhteys 64 %:lla. Vuonna 2007 noin 80 % 16–74-vuotiaista suomalaisista ja ruotsalaisista oli käyttänyt internetiä kolmen viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Suomi on sijalla 11 ja Ruotsi sijalla 9 yhteensä 181 maan joukossa mitattuna DOI-indeksillä, joka vertaa tieto- ja viestintätekniikan (ICT) käyttömahdollisuuksia (esimerkiksi internet-yhteyksien ja matkapuheluiden suhteellista hintaa), sen infrastruktuuria (kuten kotitalouksien omistamien tietokoneiden, nettiyhteyksien ja matkapuhelinten yleisyyttä) sekä verkkopalveluiden (internetin ja laajakaistan) käyttömääriä. (Hovi 2008.)

Internetin välityksellä ongelmapelaamiseen saatava apu voidaan luokitella Mark Griffithsin ja Gerry Cooperin artikkelin (2003, 116–120) mukaisesti tietoa välittäviin palveluihin (esim. Stakesin Pelihaitat-sivusto), vertaistukea ja vertaisneuvontaa antaviin palveluihin (esim. Päihdelinkin Valtti-keskustelufoorumi) sekä ammatillista hoitoa antaviin palveluihin (Peli poikki -ohjelma). Internet-pohjaisten hoitopalveluiden hyvä puoli on maksuttomuus asiakkaalle (tietotekniikan kustannuksia lukuun ottamatta), sillä ongelmapelaajilla on usein talousongelmia eikä siksi varaa hankkia terapiaa omalla kustannuksellaan. Monet ongelmapelaajat saattavat haluta lopettaa juuri internet-pohjaisen palvelun avulla, koska häpeä vaikeuttaa avun hakemista muualta. Ongelmapelaamiseen haetaan harvoin apua, sillä peliongelmistä ei ole tietoa ja hoitoa on vaikea saada. Hoitoa on tutkimusten mukaan sitä vaikeampi hakea mitä pidempi pelaamishistoria henkilöllä on ja mitä toivottomammaksi hän tulevaisuutensa näkee muun muassa vaikeiden talousongelmien vuoksi. Internet-pohjaisella hoidolla on voitu madaltaa kynnystä hakea apua jo varhaisessa vaiheessa ennen ongelmien vaikeutumista. Internet-pohjaisten hoitomallien etuja ovat

- vaivattomuus,
- kustannustehokkuus asiakkaille,
- hoitoon hakeutumiskynnyksen madaltuminen,
- hoitoon hakeutumisesta aiheutuvan sosiaalisen leimautumisen välttäminen,
- sekä suuremman ja asiakaskunnan tavoittaminen laajemmalta alueelta. (Griffiths & Cooper 2003, 120–123; Bergström & Lundgren 2007, 16–17.)

Internetissä tarjottavan hoidon huonoja puolia ovat

- työn oikeudelliset ja eettiset haasteet,
- tiedon vähäisyys hoidon vaikuttavuudesta,
- luottamuksellisuuden ongelmat kuten hoidossa käytettävien sivustojen suo-
jaamisen vaikeus,
- rahoitusjärjestelmien monimutkaisuus,
- hoidon kaupallisen hyödyntämisen vaikeus,
- kustannustehokkuuden mataluus terapeutin näkökulmasta,
- asiakkaiden tunnistamisen hankaluus,
- vaikeus arvioida heidän ongelmiensa vakavuutta,
- asiakasohjauksen vaikeutuminen,
- kasvokkaisen vuorovaikutuksen puuttuminen,
- tiedon epätäydellisyys terapiatilanteissa,
- terapeutin kontaktin häviäminen sekä
- akuutteihin hätätilanteisiin ja helppokäyttöisyyteen liittyvä pinnallisuus. (Grif-
fiths & Cooper 2003, 123–128.)

Internet-pohjaisten hoitojen huonoja puolia ovat olleet myös tekniset ongelmat, diagnostiikan vaikeus ja vaikeudet nähdä, kuinka asiakkaat todellisuudessa suorittavat hoidon. Asiakkaan edistymisen seuranta voidaan lisätä terapeutin, keskustelufoorumin ja sähköpostiviestinnän avulla (Bergström & Lundgren 2007, 16–17), mitä onkin hyödynnetty ruotsalaisessa ja suomalaisessa Peli poikki -ohjelmassa.

Nykyisen tutkimustiedon perusteella ei mitään ongelmapelaajille tarkoitettua hoitomallia voida määritellä erityisen vaikuttavaksi eikä täsmällisesti todeta, mitkä hoidon elementit ovat olleet vaikuttavia. Kuitenkin kognitiivis-behavioraaliset menetelmät on havaittu ongelmapelaajien hoidossa lupaaviksi. (Halme & Tammi 2008; Hodgins 2006.) Lisäksi useissa kansainvälisissä empiirisissä tutkimuksissa on saatu hyviä tuloksia internetissä tarjottavasta terapiasta hoidettaessa muun muassa ahdistus- ja paniikkihäiriöitä, syömishäiriöitä, *posttraumaattisia stressireaktioita*, masennusta, kipua ja sosiaalisia pelkoja (Bergström & Lundgren 2007, 16; Griffiths & Cooper 2003, 114).

Ohjelmaan osallistujat

Pelaajia on jaettu aiemmissa tutkimuksissa viiteen luokkaan:

1. moniriippuvaisiin eli ongelmapelaajiin, joilla on selvitetty tai akuutti päihde-ongelma tai muita riippuvuuksia,
2. psykiatrisessa hoidossa olleisiin, joilla on käynnejä avo- tai laitoshoidossa,
3. deprivatiopelaajiin eli koettuun yksinäisyyteen tai turhautuneisuuteen pelaaviin, jotka hakevat seuraa tai mielekästä tekemistä,
4. ammattipelureihin, joiden pelaaminen on ajoittain myös ongelmapelaamisen luonteista sekä

5. muiden pelaajien ryhmään, johon on luokiteltu vieraasta kulttuurista tulleita, ammatin luonteen vuoksi pelaamiseen altistuneita sekä harrastus- ja ongelmapelaamisen välissä olevia henkilöitä (Murto & Niemelä 1993, 22–24, 47).

Peliasiakastyyppejä on luokiteltu tunnekierteiset-ryhmäksi (”naiset ja herkäät tunteet”), moniriippuvaisten ryhmäksi, pelaaminen osana juhlaa -ryhmäksi (”nuoret miehet ja elämä etsinnässä”) sekä elämän muutosvaiheessa pelaavien ryhmäksi (Poteri & Tourunen 1995, 37–42). Tuoreiden arviointien perusteella hoito-ohjelmat ovat pystyneet tavoittamaan taustaltaan monipuolisen asiakaskunnan. Vaikka osa asiakkaista on vahvistanut aiempaa kuvaa ongelmapelaajien profilista, ei esimerkiksi Rapeli-yhteisössä merkittävä osa hoitoon osallistuneista kuitenkaan ollut päihde-, mielenterveys- eikä moniongelmaisia. (Ahonen 2008, 42.)

Tapio Jaakkolan tekemien, seulonta-aineistoon pohjautuvien tilastojen mukaan (ks. taulukko 2) oli 24.9.2007 käynnistyneeseen Peli poikki -ohjelmaan hyväksytty 20.10.2008 mennessä 135 asiakasta ja sen oli suorittanut 49 henkilöä. Ohjelmaan hyväksytyistä on ollut miehiä 79 % ja asiakkaiden keski-ikä on ollut 38 vuotta. Peli poikki -ohjelman sukupuoli- ja ikärakenne on vastaavanlainen kuin Peluurin asiakaskunnassa sekä vuonna 2007 STM:n toimeksiannosta toteutetussa väestökyselyssä. Peluurin asiakkaista on ollut 71 % miehiä ja 29 % naisia, väestökyselyssä ongelmapelaajista 74 % oli miehiä ja 26 % naisia. (Aho & Turja 2007, Jaakkola 2008a.) Ruotsalaisessa hoito-ohjelmassa⁷, jonka mallille Peli poikki -ohjelma on rakennettu, on miehiä ollut 243:sta ohjelman aloittaneesta 82 % (Bergström & Lundgren 2007).

Peli poikki -ohjelmaan hyväksytyistä yhteensä 66 oli keskeyttänyt. Näistä 9 lopetti ohjelman kesken, muut 57 oli hyväksytty ohjelmaan, mutta he eivät aloittaneet sitä. Tavallisimpia syitä keskeyttää olivat sairaus, se ettei henkilöä tavoitettu, kun häntä olisi kutsuttu osallistujaksi, tai hän oli jättäneet rekisteröitymättä matkan takia tai motivaation loppahdettua sekä poikkeustapauksessa kokemus siitä, ettei ohjelmalla ollut enää sen puolivälissä uutta annettavaa. Ohjelmaan pääsyä jonnotti 123 seulontaan osallistunutta henkilöä ja heidän jonotusaikansa ohjelmaan oli noin kahdeksan kuukautta.

7 Suomalaisia tuloksia on verrattu ruotsalaiseen osatutkimus kahden (Delstudie 2) tietoihin. Tässä osatutkimuksessa ovat olleet mukana suomalaisen ohjelman tavoin masennuspisteitä saaneet asiakkaat toisin kuin osatutkimuksessa yksi.

TAULUKKO 2. Kaikki Peli poikki-ohjelmaan ohjelmaan hyväksytyt

Ohjelma	Tilanne 20.10.2008	
	Lukumäärä	%
Hyväksytty mukaan		
– miehiä	106	79 %
– naisia	29	21 %
Yhteensä siirretty terapeutille	135	
Keskeyttänyt	9	7 %
Hyväksytty ohjelmaan ja siirretty terapeutille, mutta eivät ole rekisteröityneet tai ovat rekisteröityneet, mutta eivät aloittaneet ohjelmaa	57	42 %
Ohjelmassa	18	13 %
Hyväksytty, odottaa rekisteröitymistä	2	1 %
Suorittanut	49	36 %
Yhteensä	135	100 %
Jonossa odottamassa pääsyä ohjelmaan	123	

Lähde: Tapio Jaakkolan tietokanta.

Tässä luvussa esitellään Peli poikki -ohjelman asiakastietokannan pohjalta tehtyjen tilastollisten analyysien tuloksia. Arvioitsijoiden saamassa aineistossa on 99 seulontaan osallistunutta ja heistä lähes kaikki ovat täyttäneet esitutkimuslomakkeen. Mukana aineistossa ovat ohjelmaan hyväksytyt ja sinne rekisteröityneet henkilöt, joista osa on ehtinyt suorittaa ohjelman loppuun. Aineistossa eivät ole mukana ohjelman keskeyttäneet, jonossa vuoroaan ohjelmaan pääsyä odottavat eivätkä ne ohjelmaan hyväksytyt, jotka eivät ole rekisteröityneet siihen. Syyt aineiston rajautumiseen eivät liity projektin eivätkä arviointitutkijoiden tekemiin päätöksiin.

Käsillä olevan arvioinnin tuloksia tulkitessa on tärkeää huomata, ettei niitä ole tehty samanlaisen asetelman ja kohderyhmän pohjalta kuin ruotsalaisessa tutkimuksessa. Per Carlbringin ja Filip Smitin tutkimuksessa Peli poikki -ohjelman ruotsalaisversiosta (2008) asetelma poikkesi suomalaisesta tutkimusasetelmasta: ryhmästä on karsittu pois vakavasti masentuneet, ja ohjelmaan pääsyä odottavat toimivat ohjelman läpikäyneiden kontrolliryhmänä. Vastaavaa asetelmaa ei ole laadittu Suomessa, sillä arvioitsijoiden saamassa aineistossa ei ollut lainkaan ohjelman seulontaan osallistuneita ja hoitoon pääsyä jonottavia asiakkaita. Lisäksi ohjelmaa suorittamattomille jonottajille on toteutettu Ruotsissa seulonnan jälkeisen tilanteen ja muutoksen selvittämiseksi jälkikäteiskysely (myös Bergström & Lundgren 2007, 27), mitä ei ollut suunniteltu tehtäväksi Suomessa. Ohjelmaan jonottajien puuttuminen aineistosta ei siis vienyt pohjaa arviointitehtävältä. Varsinaisen koeasetelman luominen jonottajista olisi edellyttänyt eri tavoin suunniteltua toimek-

siantoa, sillä ohjelmaan osallistuneiden ja osallistumattomien vertailun olisi mahdollistanut vain jälkiseuranta myös ohjelmaan osallistumattomille.

Ruotsalaistutkimuksen asetelma on ollut seuraava:

- a) ryhmä, joka osallistui kahdeksan viikon itsepuohjelmaan (tehty alkuperäis- ja loppukartoitus)
- b) kontrolliryhmä, joko oli saman ajan odotuslistalla⁸ (tehty alkuperäis- ja loppukartoitus).

Suomalaistutkimuksessa muodostui seuraava asetelma:

- a) ryhmä, joka kävi läpi ohjelman —> vain tässä ryhmässä voidaan arvioida ohjelman vaikutusta
- b) ryhmä, joka on ohjelmassa, mutta ei ole vastannut vielä loppuarvioon.

Vaikka suomalainen tutkimusasetelma ja -aineisto eivät mahdollista kahden ryhmän vertailua varianssianalyysillä, aineistosta on analysoitu tilastollisilla menetelmillä ohjelmaan osallistuneilla tapahtunutta muutosta. Ohjelman vaikuttavuutta on pyritty arvioimaan tarkastelemalla ohjelmaan osallistuneen ryhmän vastauksia kolmessa eri tilanteessa: seulonta-, esi- ja jälkitutkimusvaiheessa. Arvioinnin materiaalina toiminut asiakasrekisteriaineisto on ohjelman pilottivaiheessa tehty tutkimus, jossa vastaajien määrä on sen toteuttamisajankohdan huomioon ottaen tilastolliseen tarkasteluun kuitenkin suhteellisen hyvä. Vaikka aineiston tilastollinen edustavuus on monilta osin rajallinen, tulokset ovat osin myös yleistettävissä. Esitettyistä ristiintaulukoinneista on tehty tilastolliset testaukset, mutta tarkasteltavien ryhmien pienuuden vuoksi niitä ei ollut mahdollista eikä mielekästä käyttää.

Arvioinnin tilastollisen asiakasaineiston tutkimusasetelma ja sen eroavuus ruotsalaisen arvioinnin asetelmasta on esitetty taulukossa 3. Arviointiaineistona on käytetty pääasiassa jälkitutkimukseen osallistuneita eli ohjelman suorittaneita asiakkaita, joita on ollut aineistossa 40. Koska raportissa on runsaasti lukuja, lukijajaystävällisyyden vuoksi ei kaikkien tulosten yhteyteen ole merkitty vastaajamäärää. Ohjelmaan osallistuneiden voi todeta täyttäneen hyvin kattavasti lomakeosuudet, sillä joitakin täsmentäviä kysymyksiä lukuun ottamatta vastaajien määrä on ollut jälkitutkimuksessa tavallisimmin 35–40.

Taulukossa 4 esitellään aineiston vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma.

Arvioinnissa käytetyssä asiakasaineistossa on miehiä noin kolme neljäsosaa seulontaan osallistuneista ja ohjelmaan hyväksytyistä. Nuorin aineiston asiakas on 20-vuotias ja vanhin 66-vuotias. Aineistoissa seulontaan osallistuneiden keski-ikä on 34 vuotta. Aineiston analysointia varten osallistujat jaettiin ikäryhmiin. Alle 25-vuotiaita on 27 %, 26–35-vuotiaita 40 % ja yli 35-vuotiaita 33 %. Yli 50-vuotiaita on noin kymmenesosa.

⁸ Ruotsalaisessa ohjelmassa toimii 2,5 terapeutia eikä jonoa ole syntynyt, joten kyse on ollut jonon sijasta odotuslistasta (waiting list).

TAULUKKO 3. Ohjelman kokoama aineisto ja tutkimuksen kohdejoukko (henkilöä)

	Suomi*	Ruotsi (osatutkimus 2)	
	Hoidon aloittaneet	Hoidon aloittaneet	Hoitoa aloittamattomat
Seulonta ohjelmaan hakeutumisen yhteydessä	99	266	
Esitutkimus ohjelman aloituksen yhteydessä	53	243	40
Jälkitutkimus ohjelman suorittamisen jälkeen	40	157	17
Jälkitutkimus kuusi kuukautta ohjelman suorittamisen jälkeen	-	151	24
Jälkitutkimus kaksitoista kuukautta ohjelman suorittamisen jälkeen	-	-	

* Aineistossa on määritelty omaksi ryhmäkseen 6 henkilöä, jotka eivät olleet suorittaneet ohjelmaa tai joiden tietoja ei voitu pitää luotettavina tiedonsiirrossa todennäköisesti tapahtuneen virheen vuoksi.

TAULUKKO 4. Vastaajaryhmät ikä- ja sukupuoliryhmittäin (henkilöitä)

Ikäryhmä	Sukupuoli	Vastaajaryhmä		Kaikki
		Ohjelmaan hyväksytyt tai sitä suorittavat	Ohjelman suorittaneet	
18–25-vuotiaat	Mies	17	7	24
	Nainen	1	1	2
		(yhteensä 18)	(yhteensä 8)	(yhteensä 26)
26–35-vuotiaat	Mies	20	11	31
	Nainen	3	4	7
		(yhteensä 23)	(yhteensä 15)	(yhteensä 38)
yli 35-vuotiaat	Mies	6	12	18
	Nainen	8	5	13
		(yhteensä 14)	(yhteensä 17)	(yhteensä 31)
	Kaikki	55	40	95

Aineistossa parisuhteessa on noin kaksi kolmasosaa, yksin asuvia noin kolmasosa ja noin kymmenesosa asuu sukulaisten tai ystävien kanssa. Ohjelmaan osallistujat ovat yleisimmin ansiotyössä palkansaajina tai yrittäjinä – heitä on noin kaksi kolmasosaa seulontaan osallistuneista kun seuraavaksi yleisimpiin työtilanneryhmiin kuuluvia opiskelijoita ja työttömiä on reilu kymmenesosa. Ohjelmaan hakeutuvat kuuluvat yleisimmin (40 %) tuloluokkiin, joissa vuositulot ovat 16 500:n ja alle 35 000 euron välillä (ks. taulukko 5).

TAULUKKO 5. Peli poikki -ohjelman seulontaan osallistuneiden taustatietoja

Sukupuoli (lkm = 97)	
Mies	76 %
Nainen	23 %
Ikä (lkm = 96)	
34 vuotta	
Elämäntilanne (viimeisen 30 päivän aikana), (lkm ~ 53), vastaaja on voinut valita useita kohtia	
Perheetön	25 %
Yksinhuoltaja	8 %
Avo- tai aviopuoliso, muttei lapsia	29 %
Avo- tai aviopuoliso ja lapsia	28 %
Yhdessä vanhempien tai sukulaisten kanssa asuva	9 %
Yhdessä ystävien kanssa asuva	3 %
Työtilanne (ensisijaiseksi asetettu vaihtoehto) (lkm = 96)	
Ansiotyössä	62 %
Opiskelija, harjoittelija (sis. työllistymiskoulutuksen)	13 %
Työtön	12 %
Vanhuus- tai varhaiseläkkeellä	3 %
Pitkäaikaissairas	2 %
Muu	8 %

Ohjelman päättyessä tehtävässä jälkitutkimuksessa osallistujilta tiedustellaan, onko heidän elämässään tapahtunut jotakin erityistä hoidon aikana. Ohjelman loppuun suorittaneista noin neljäsosa koki muutoksia suorittamisen aikana. Yhtä lukuun ottamatta asiakkaiden elämä oli muuttunut hyvään suuntaan.

Myönteisiä muutoksia olivat

- päätökset lopettaa pelaaminen
- lasten syntyminen ja sen herättämä pelaamisen mielekkyyden pohdinta
- avioerosta ja masennuksesta toipumisen vauhdittuminen
- ongelmapelaamisen tunnustaminen ja pelaamisen lopettaminen entistä helpommin sen ansiosta sekä aktivoituminen urheilemaan, suorittamaan auto-koulu tai hakeutumaan työllisyyskurssille.

Aineistossa olevat ovat alkaneet pelata säännöllisesti keskimäärin 22 vuoden iässä, nuorimmat 9-vuotiaina ja vanhimmat 52-vuotiaina. Pelaamisen nuoresta aloittamisesta kertoo se, että runsas puolet ohjelmaan hakeutuneista on aloittanut pelaamisen alaikäisenä alle 18-vuotiaana. Pelaajat ovat kärsineet peliongelmaista keskimäärin 9 vuotta: ilmoitetut vuodet vaihtelivat yhden ja 25:n välillä. Noin puolet oli pelannut ongelmallisesti yli 10 vuotta. Suomalaiset hoito-ohjelmaan hakeutuneet ovat olleet ruotsalaiseen ohjelmaan osallistuneita useammin pitkään ongelmapelaamisesta kärsineitä, sillä siellä on asiakkailla ollut peliongelmia keskimäärin 5,2 vuotta (Bergström & Lundgren 2007). Toisaalta Peli poikki -ohjelman vastaajat ovat olleet tämäntyyppisten palvelujen tyypillisiä asiakkaita: esimerkiksi Riitta Poterin ja Jouni Tourusen (1995) tutkimuksessa useimmat hoitoon hakeutuneet olivat pelanneet noin 10 vuotta, kun osalla hallitsematon pelaaminen oli saattanut kestää noin 1,5–4 vuotta.

Aiemmissa tutkimuksissa haastatelluilla asiakkailla on pelihistoriaa ollut joko pienestä pitäen, pelaaminen on lähtenyt kehittymään kokeilusta ja muuttunut vähitellen ongelmalliseksi tai se oli voinut syntyä nopeasti, alkaa juomisen yhteydessä tai kehittyä, kun henkilö oli opastettu peliin ja innostunut ensi voitostaan (Poteri & Tourunen 1995, 16–18). Arviointia varten haastatellut olivat tavallisimmin pelanneet pitkään nuoresta saakka, ja moni oli tutustunut pelaamiseen lähisuvun välityksellä. Osan pelaaminen oli ollut jatkuvaa, pitkäaikaista ja ongelmallista. Useimpien haastateltujen pelaaminen oli vaikeutunut viime aikoina elämässä tapahtuneiden muutosten jälkeen, sellaisten kuin eläköityminen ja eroaminen, masentuminen tai lasten kotoa lähteminen. Peli poikki -ohjelman asiakaskunnassa onkin nähtävissä piirteitä pakopelaamisesta sekä ehdollistuneesta pelaamisesta (Jaakkola 2008c; Blaszyński & Nower 2002).

Taulukosta 6 ilmenee, että Peli poikki -ohjelmaan hakeutuneet pelaavat raha-automaatteja yhtä yleisesti kuin nettipelejä. Rapeli-yhteisohoidosta tehdyn arvioinnin mukaan rahapeliautomaateista on ollut vaikeampi irtautua kuin muunlaisista peleistä. Yhteisöhoitoon osallistuneista, muita kuin rahapeliautomaatteja pelanneista oli 85 % lopettanut kokonaan, mutta heitä oli peliautomaatteja pelanneista vain 44 %. (Ahonen & Halinen 2008, 84–85.)

TAULUKKO 6. Peli poikki -ohjelmaan osallistuneille tyypilliset pelimuodot

Peli	lkm	Tilanne 5.3.20081 %
Raha-automaatit	31	51
Ruletti	4	7
Black Jack	8	13
Pokeri kasinolla	3	5
Pöytäpelit	5	8
Lotto	3	5
Arvat	3	5
Keno	3	5
Vedonlyönti, Veikkaus	10	16
Veikkauksen pelit	6	10
Vedonlyönti, PAF	1	2
Nettipokeri	21	34
Nettikasino	13	21
Toto	2	3
Kaikkia pelejä	3	5
Asiakkaita	61	100

Lähde: Tapio Jaakkolan tietokanta.

Taulukkoon 7 on koottu tietoja ohjelmaan hakeuduttaessa tehtyyn seulontaan osallistuneiden pelaamistavoista. He ovat tavallisimmin pelanneet kolmena (24 %) tai neljänä (28 %) päivänä viikossa. Joka päivä edeltäneen vuoden aikana pelanneita on 6 % samoin kuin kerran viikossa pelanneita. Vastaajat ovat pelanneet kuluvan vuoden aikana joka kuukausi keskimäärin noin neljänä päivänä viikossa noin kolme tuntia kerrallaan. Pelaamiseen käytetyt tuntimäärät ovat vaihdelleet tavallisimmin 1:n ja 10:n välillä, yksi tosin oli pelannut alle tunnin ja toinen 30 tuntia. Asiakasrekisteriaineiston perusteella on seulontaan osallistuneilla ollut pelaamisessa keskimäärin 17 päivän taukoja, jotka ovat vaihdelleet alle päivästä 150 päivään. Tuorein tauko pelaamisesta oli ollut enimmillään vuosi sitten, kun tavallisemmin tauko oli ollut reilu kuukausi eli 36 päivää ennen ohjelmaan hakeutumista.

TAULUKKO 7. Peli poikki -ohjelman seurlontaan osallistuneiden pelitapaa kuvaavia tietoja

Ongelmapelaamisesta kärsimisen vuodet keskimäärin (lkm = 95)	9,4 vuotta
Pelaamiseen käytetty aika keskimäärin viimeisen vuoden aikana (lkm ~ 81)	4,1 päivän aikana 3,4 tuntia
Pelaamiseen käytetty aika keskimäärin viimeisen kuukauden aikana (lkm ~ 89)	4,3 päivän aikana 2,7 tuntia kerrallaan
Pelaamisen keskimääräinen aloittamisikä (lkm = 95)	22 vuotta

Taulukosta 8 ilmenee, että ohjelmaan hakeutuneet pelaajat ovat käyttäneet viimeksi kuluneen vuoden aikana rahaa keskimäärin noin 730 euroa kullakin pelikerralla ja summa oli vaihdellut 5 eurosta 20 000 euroon. Noin puolet pelaajista on käyttänyt pelikerralla pelaamiseen yli 50 euroa. Viikossa arvioidaan pelaamiseen käytetyn keskimäärin 355 euroa. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana on käytetty pelikerralla keskimäärin noin 200 euroa, ja summat vaihtelivat 2:n ja 3 000 euron välillä. Pelikerralla käytetyt summat ovat suuria, sillä noin puolet kertoo käyttävänsä yli 100 euroa yhdellä kerralla. Keskimäärin arvioidaan viimeksi kuluneen kuukauden aikana käytetyn viikossa noin 490 euroa, ja yli puolessa vastauksista pelaamiseen liittyvät summat ovat keskimäärin yli 200 euroa viikossa, vaihtelu oli 5:n ja 7 000 euron välillä.

Sekä Peli poikki -ohjelman kysymyksissä että Taloustutkimuksen väestökyselyssä vastaajia pyydetään arvioimaan pelaamisen käytettyä summaa. Peli poikki -ohjelmaan hakeutuneet arvioivat käyttäneensä huomattavasti enemmän rahaa kuin Taloustutkimuksen väestökyselyn vastaajat; sen mukaan ongelmapelaajat käyttivät keskimäärin 90 euroa pelaamiseen viikon aikana ja suurin pelaamiseen käytetty rahamäärä oli keskimäärin 210 euroa (Aho & Turja 2007, 59). Tässä yhteydessä ei voi selvittää, mistä erot rahankäytössä johtuvat. Kyse voi olla siitä, että ohjelma vetoaa pelaamiseen paljon rahaa käyttäviin henkilöihin. Syynä voi olla sekin, että pelaamiseen käytettyjä rahasummia ja aikamääriä on vaikea arvioida, minä yksi haastateltu toi esille. Yksi syy tulosten eroavuuteen voisi myös olla se, että pelaajat arvioivat käyttämänsä rahamäärät mieluummin hieman yläkanttiin varmistakseen ohjelmaan pääsyänsä. Toisaalta ohjelmaan hakeutumisvaiheessa tehty arviointi voi olla realistisempi kuin väestökyselyssä, jonka tekemisen aikana pelaaminen ei ole välttämättä akuutisti ongelmallista eikä pelaamiseen käytettyjä summia ole mietitty yhtä tarkkaan kuin hoitoon hakeutumisen hetkellä.

Kuten johdannossa todettiin, ongelmapelaaminen on usein yhteydessä muihin ongelmiin kuten mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Peli poikki -ohjelma on rakentunut siten, että sen kysymyspatteristoista muodostuu erilaisia mittareita, joita kansainvälisesti käytetään osallistujan elämäntilanteen ja kunnon selvittämiseksi. Ohjelma eroaa tavanomaisista hoito-ohjelmista siinä suhteessa, että siinä koo-

TAULUKKO 8. Peli poikki -ohjelman seulontaan osallistuneiden pelaamiseen käyttämiä sum-
mia (euroa)

	Luku- määrä	Minimi	Maksimi	Keski- arvo	Keski- hajonta
Kuinka paljon rahaa on keski- määrin käyttänyt pelaamiseen kullakin pelikerralla viimeisen vuoden aikana?	89	5	20 000	729	2 941,8
Kuinka paljon rahaa on keski- määrin käyttänyt pelaamiseen viikossa viimeisen vuoden ai- kana?	88	5	2 000	355	415,9
Kuinka paljon rahaa on keski- määrin käyttänyt pelaamiseen kullakin pelikerralla viimeisen kuukauden aikana?	88	2	3 000	203	405,7
Kuinka paljon rahaa on keski- määrin käyttänyt pelaamiseen viikossa viimeisen kuukauden aikana?	91	0	7 000	485	853,5

taan tietoa asiakkaan tilanteesta sekä vastaajan oman tilannearvion että testattujen indikaattorien avulla. Ohjelman lomakkeissa on käytössä

- NODS-mittari, jota käytetään diagnostisoinnissa ja jolla selvitetään väestön peliongelmiin yleisyyttä,
- masentuneisuutta selvittävä MADRS-mittari,
- alkoholin riskikäyttöä kuvaava AUDIT-mittari,
- peliriippuvuuden hoitoon mukautettu muutosprosessia kartoittava Readiness to Change Questionnaire (RCQ) sekä
- Quality of Life Inventory (Qoli) -mittari, jonka avulla arvioidaan subjektiivisesti elämänlaatua (Gyllström ym. 2005, <http://www.carlbring.se/form/formularsammanställning.pdf>).

Arvioinnissa on tarkasteltu tuloksia seuraavien mittareiden avulla:

- NORC SDM Screen for Gambling Problems (NODS). Mittaristo koostuu 17 kysymyksestä, joiden perusteella vastaajat määrittävät erilaisiin kategorioihin. Vastaajat voivat saada kartoituksessa 0–10 pistettä. Kategoriat ovat 1) ei ongelmaa (0 pistettä) 2) riskialttiita pelaamisen tapoja (1–2 pistettä) 3) ongelmapelaaja (3–4 pistettä) ja 4) peliriippuvainen (5–10 pistettä).
- Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Mittaristossa on yhdeksän kysymystä, joista saa 0–54 pistettä. Mitä korkeamman pistemäärän saa, sitä masentuneempi henkilö on. Vastaajat luokitellaan ryhmiin 1) ei masen-

nusta (0–11 pistettä) 2) jonkin verran masentunut (12–20 pistettä) 3) korkea todennäköisyys todelliseen masentuneisuuteen, jos tila on kestänyt yli kaksi viikkoa (21–40 pistettä) sekä 4) sisäänottoa psykiatriseen hoitoon harkittava osaksi itsetuhoisuudesta ynnä muusta johtuen (yli 40 pistettä).

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Audit-mittari on kehitetty erityisesti varhaisvaiheen alkoholin riskikulutuksen havaitsemiseen. Maailman terveysjärjestön kehittämä mittaristo sisältää henkilökohtaisesta alkoholinkäytöstä 10 kysymystä, joista voi saada 0–40 pistettä. Vastaajat luokitellaan ryhmiin 1) raittius ja kohtuukäyttö (0–7 pistettä) 2) riskijuominen (8–15 pistettä) 3) haitallinen juominen (16–19 pistettä) sekä 4) alkoholiriippuvuus (20–40 pistettä). Peli poikki -ohjelmassa on käytössä kolme kysymystä AUDIT:ista, joten maksimipisteraja on 12 pistettä. Ohjelmassa olevan AUDIT-mittarin perusteella alkoholinkäytön riskiraja on naisilla 6 pistettä ja miehillä 8 pistettä.

Peli poikki -ohjelman sisältö

Asiakkaat hakeutuvat Peli poikki -ohjelmaan täyttämällä seulontalomakkeen. Siitä viikon sisällä he saavat tiedon ohjelmaan pääsemisestä ja jonotusajasta. Korkeat masennuspisteet seulonnassa saaneille suositellaan mielenterveyspalveluita. Kun jonotusajat ovat alkaneet pidentyä ja kun ohjelma on saatu näyttämään asiakkaan kirjautumispäivä, jonottaville on ryhdytty lähettämään sähköpostitse väliaikatietoa. Projektipäällikkö yrittää tavoittaa jonossa olevia, kun terapeutilla on tilaa ottaa uusia asiakkaita. Kun hakija on pääsemässä ohjelmaan, hänelle lähetetään sähköpostitse viestejä, joihin hänen on tullut hoitoon päästäkseen vastata kolmen viikon ja syksystä 2008 lähtien kahden viikon kuluessa. Jos henkilöä ei tavoiteta, hänet poistetaan jonosta. Hoito-ohjelman aluksi osallistujat täyttävät esitutkimuslomakkeen. Sen jälkeen he alkavat suorittaa varsinaiseen ohjelmaan kuuluvia tehtäviä ja käydä puhelinkeskusteluja. Ohjelman suorittaneille tehdään jälkitutkimus noin kahdeksan viikkoa kestävä hoidon päättyessä. He täyttävät jälkitutkimuslomakkeen uudelleen vielä kuuden ja kahdentoista kuukauden kuluttua hoidon loputtamisesta.

Hoito-ohjelma perustuu lyhyeen interventioon ja sisältää samoja elementtejä kuin henkilökohtainen psykoterapia. Ohjelma koostuu kahdeksasta moduulista, joista jokainen sisältää tekstiosan, tekstiin ja pelaamiseen liittyviä kysymyksiä sekä viikkotehtävän. Kolme ensimmäistä moduulia rakentuu päätöksenteolle ja viisi seuraavaa omille strategioille ja niiden tukemiselle. Terapeutti siirtää asiakkaat seuraavaan osioon, kun he ovat suorittaneet moduulin loppuun, vastanneet viikkotehtävän kysymyksiin sekä kirjoittaneet kommentin foorumiin. Tarkoituksena on, että osallistujat suorittavat yhden moduulin viikossa ja keskustelevat sen päätteek-

si terapeutin kanssa. Vaikka ohjelma on tarkoitus suorittaa kahdeksan viikon aikana, monilta sen suorittaminen vie kauemmin eri syistä ⁹.

Terapeutin kanssa keskusteluun on varattu kullekin asiakkaalle noin 20 minuuttia viikossa. Käytännössä ensimmäinen puhelu kestää noin tunnin, sillä sen aikana käydään tarkasti läpi ihmisen elämäntilanne. Muissa puheluissa käsitellään tarkemmin eri osa-alueita. Puheluiden kestolle ei ole ylärajaa, joten ensimmäinen tavallista pidempi puhelu ei vie aikaa muilta. Puhelimessa pyritään antamaan pelaajalle positiivista palautetta ja motivoimaan häntä vastaamaan moduulin kysymyksiin. Viimeisen moduulin tultua suoritetuksi hoito-ohjelma päätetään puhelinkeskusteluun terapeutin kanssa. Terapeutti käy yhdessä asiakkaan kanssa läpi hänen tilannettaan ja ohjaa tarvittaessa muihin palveluihin. Keskustelufoorumi on paikka, jossa osallistujilla on mahdollisuus käydä keskustelua toistensa kanssa verkossa. (Peliriippuvuuden hoitaminen... 2007; Bergström & Lundgren 2007, 128–130.)

Seuraavaksi esitellään Peli poikki -ohjelman moduulien sisältöä Peliriippuvuuden hoitaminen Internetin kautta -oppaan ja ohjelmasta tehdyn ruotsalaisen arviointiraportin perusteella (Bergström & Lundgren 2007). Moduulin osa 1 on Johdanto ja psykoedukaatio. Siinä pyritään koulutuksellisesti työskennellen lisäämään hoitoon osallistuvien ja heidän perheidensä tai muun lähiyhteisön ymmärrystä ongelmasta ja sen mahdollisimman hyvästä hallinnasta jokapäiväisessä elämässä. Osiossa on tietoa pelaamisesta, sen vaikutuksista sekä sen negatiivisista ja positiivista puolista. Moduulin tarkoitus on saada henkilö pohtimaan pelaamaan ajavia ja pelaamisen lopettamiseen vaikuttavia tekijöitä. Osion strukturoiduissa tehtävissä pohditaan ajatuksia ja tunteita.

Moduulissa 2 ovat teemana ajatusansat ja taloudelliset seuraukset, siinä siis selvittään pelaajan automaattisia negatiivisia ajatusmalleja. Tehtävissä pohditaan tilannetta ennen pelaamista ja sen jälkeen sekä pelaamisen taloudellisia vaikutuksia. Moduulin on tarkoitus luoda tietoisuutta pelaamiseen liittyvästä automaatiosta, pelaamiseen liittyvistä tilanteista, ajatuksista ja tunteista, pelikäyttäytymisestä sekä pelaamisen taloudellisista vaikutuksista. Välineenä käytetään jälkikäteen tehtävää pelipäiväkirjaa.

Moduulissa 3 pohditaan pelaamisen vaikutuksia, elämän prioriteetteja ja elämän muuttamista arvostettuun suuntaan. Pelaajia haastetaan pyytämään läheisiään arviomaan pelaamisen vaikutuksen itseensä ja pelaajaan sekä sitä, kuinka he kokevat pelaajan. Lisäksi osiossa mietitään, mitä etuja ja haittoja pelaamisen lopettamisesta olisi. Moduulissa käsitellään impulssikontrollia ja tilanteiden tiedostamista. Osion päätteeksi pelaaja valitsee, mitä hän tekee pelaamisen suhteen eli aikooko jatkaa vai lopettaa.

Moduulissa 4 pelaaja tekee sopimuksen itsensä kanssa allekirjoittamalla päätöksen, lopettaako hän pelaamisen kokonaan, lopettaako vain ongelmia aiheutta-

9 Ruotsissa ohjelman pilottivaiheessa oli siihen osallistuminen määritetty tiukasti kahdeksassa viikossa suoritettavaksi, mutta nykyisin ruotsalaisen ohjelmaversion suorittamiselle ei ole minkäänlaista aikarajasta, ja osalla ohjelmaa läpikäyvistä asiakkuus on jatkunut pitkään.

vien pelien pelaamisen tai rajoittaako hän pelaamiseen käytettyä aikaa ja rahaa. Tämän jälkeen osallistujat pohtivat valintojen seurauksia ja strategioita, joilla he pääsevät allekirjoittamaansa tavoitteeseen. Pelaajan kanssa työskennetään hyväksyntään liittyviä asioita sekä pyydetään heitä kertomaan ongelmastaan omaisille ja saamaan heiltä apua. Lisäksi heitä kannustetaan pohtimaan, mikä olisi heille itselleen mielekästä tekemistä ja millaisia riskitilanteiden välttämisen strategioita heillä on. Moduulin aikana pelaaja pohtii, miten muuten hän voisi parantaa elämäänsä kuin aiemmin tavoittelemansa suuren voiton avulla.

Moduulissa 5 käsitellään käyttäytymisen aktivointia, ja osallistuja pohtii sitä, kuinka hän voi täyttää pelaamiseen ennen käytetyn ajan vanhoilla ja uusilla toimilla, jotka tukevat tavoitteen saavuttamista. Moduulissa käsitellään myös itsetutkistelua, petollisia ajatustapoja ja niiden vaikutuksia yksilöön sekä opetellaan tunnistamaan niitä. Keskeisenä teemana moduulissa ovat sattumia koskevat väärinkäsitykset. Tehtävissä osallistujat tutkivat tilanteen ja virheellisten ajattelutapojen yhteyttä sekä opettelevat muuttamaan epäloogisia ajattelumalleja rationaaliin suuntaan.

Moduulissa 6 käsitellään sitä, kuinka pelaaja voi ennalta estää riskitilanteisiin joutumisen, miten hän huomaa joutuneensa sellaiseen tilanteeseen ja miten tilanteen voi hallita. Osallistujia pyydetään kertomaan riskitilanteista läheisilleen, jotta nämä voisivat auttaa välttämään niitä. Osallistujia opetetaan hallitsemaan impulsseja, käsittelemään ikäviä ja vaikeita tunteita, harrastamaan liikuntaa olonsa rauhoittamiseksi sekä saamaan positiivisia kokemuksia muista palkitsevista vapaa-ajan harrasteista. Moduulin tehtävissä käsitellään impulssien vastustamista ja pohditaan sitä, mikä olisi itselle sopivin vastarintatunne pelaamiselle.

Moduulissa 7 käsitellään osallistujan yksityistaloutta. Osiossa käydään läpi laskentamalleja senhetkisten velkojen havaitsemiseksi sekä takaisinmaksumalleja ja taloussuunnitelmia tulevaisuutta varten. Osiossa opitaan tunnistamaan strategioita, joilla osallistujan talous pysyisi hallinnassa tulevaisuudessa.

Moduulissa 8 laaditaan ylläpitosuunnitelma, johon kirjoitetaan lyhyt konkreettinen lista riskeistä ja pelien todellisista kustannuksista sekä pelaamisen korvaavasta tekemisestä. Osallistujaa kannustetaan löytämään asioita, joilla he voivat palkita itsensä vahingoittamatta itseään. Suunnitelmassa tunnistetaan positiivisen kehityksen esteitä sekä tapoja käsitellä mahdollisia epäonnistumisia. Osallistuja käy läpi ongelmanratkaisustrategioita ja ottaa suunnan elämässään kohti niitä elämän tärkeitä asioita, joita hän on tuonut esille ensimmäisen moduulin aikana, jossa niitä käsiteltiin. Viimeisessä osuudessa osallistujille annetaan vinkkejä, jotka voivat auttaa heitä jatkossa. Moduulin lopuksi osallistujat listaavat yhteen nivoen asiat, joita pelaaminen aiheuttaa heidän lähimmilleen ja elämänlaadulleen sekä toimet, joilla he voivat taistella pelaamisen impulssia vastaan.

Seuraavaksi esitellään moduulien sisältöä ja tuodaan asiakkaiden ääni esille heidän tehtävävastauksistaan poimittujen kirjoitusnäytteiden avulla. Moduulien tekstejä ei ole muokattu kirjakielisiksi, koska anonymisti kirjoitetuista teksteistä

ei voi tunnistaa niiden laatijaa. Lisäksi asiakkaiden tuntemukset eivät olisi päässeet niin hyvin esille, jos tekstejä olisi muokattu enemmän – stilisoimalla menetettäisiin asiakkaiden oman kerrontatavan vivahteet. Taulukossa 9 on kirjattu verkkofoorumille asetetut tehtävät. Sen jälkeen kerrotaan tiiviisti foorumilla pohdituista asioista lainaten foorumin kirjoituksia, jotka kuvaavat asiakkaiden tavanomaisia tunteuksia moduulin suorittamisen aikana.

TAULUKKO 9. Peli poikki -ohjelman verkkofoorumin teemoittelu

Osa 1: Pelaamisen myönteiset ja kielteiset seuraukset: pelaamisen syiden pohdinta, peliriippuvuuden kehittyminen sekä pelaamisen vaikutukset.
Osa 2: Mielessä liikkuvat asiat ennen pelaamista: pelaamista edeltävän tilanteen ja edeltävien ajatusten sekä pelaamisen seurausten pohdinta.
Osa 3: Myönteiset ja kielteiset seuraukset elämässä ilman pelejä: pelaamisen merkitys sosiaaliselle elämälle.
Osa 4: Pohdintaa lauseesta ”Unelma suurvoitosta on vain unelma!”: menneiden asioiden ja nykytilanteen hyväksyminen sekä päätös muuttaa pelitapoja.
Osa 5: Mielessä liikkuvat asiat pelitilanteissa: pelaamiselta jäävän ajan täyttämisen pohdinta.
Osa 6: Pohdinta omista riskitilanteista ja niiden välttämisestä sekä pelaamisen sijasta tehtävistä asioista.
Osa 7: Talousasioiden herättämät ajatukset: talousasioiden pohdinta.
Osa 8: Tavoitteiden saavuttamisen keinot elämässä: toimintastrategiat, joilla voidaan pitää kiinni sopimuksesta.
Jälkipuinti: Pohdinta koko ohjelman suorittamisen jälkeen .
Yleiset kysymykset ja pohdinta: muut puheenvuorot kuin viikkotehtävät.

Osa 1: Pelaamisen kielteiset ja myönteiset seuraukset

Kirjoitusten perusteella ei pelaamisesta löydetä myönteisiä vaikutuksia, mutta haittoja kuvataan runsaasti. Kielteisiä seikkoja pelaamisella on lukuisia:

Sosiaaliset ongelmat perheen ja ystävien kanssa. Uskottavuusongelmat, kun on joutunut valehtelemaan, perumaan reissuja ja niin edelleen. Taloudelliset ongelmat, kymmenien tuhansien tappiot parin viime vuoden aikana. Opiskelijalle iso raha (niin kuin varmaan monelle muullekin). Itseluottamuksen ja itsetunnon heikkeneminen, joka on vaikuttanut suoraan aika pitkälle kaikkeen vieden elämästä mielenkiinnon, joka on aiheuttanut pahan noidankehän, koska ainoa mielekäs asia jossain vaiheessa oli enää pelaaminen, joka taas ruokkii kaikkia edellä mainittuja ongelmia.

Tuntuu, että lopettamispäätöksen ainakin omalla kohdalla tulee sisältää enemmän kokonaisvaltaisen elämän muutoksen, jotta lopettamisesta tulee pysyvä ja voi jatkaa taas elämistä, koska pelkkä se, että ei pelaa, niin ei varmaan enää riitä, kun muuten on ajanut itensä tilanteeseen, jossa oikeastaan mistään muusta ei saa oikeen kiksejä.

Eipä juuri myönteisiä seurauksia, ehkä se jännitys, onko sekään myönteistä. Kielteisiä paljonkin. Talous pielessä, masennusta, itsetunto pahoin kolhiintunut. Kauhea visio itsestä seisomassa päivät jonkin marketin pellillä. Nyt vain toivoo, että näkisi pienen tuikun tunnelin päässä. Elämän sujuminen ilman pelaamista on erittäin kannustava voima ja kun on käynyt ihan pohjalla, niin sitä joutuu ihan elämän peruskysymysten äärelle. Ja jos pelaamisesta haluaa löytää jonkun positiivisen puolen, niin se voisi toimia kasvattavana elementtinä, koska menestyksenkäs loppuelämän kestävä lopettamispäätös vaatii paljon itsetutkiskelua. Kirjoittaminen on ollut omalla kohdalla erittäin hyvä väline selventää ajatuksia ja kiteyttää itselle tärkeitä juttuja. Tsemppiä kaikille! Uskon, että kaikilla on mahdollisuus päättää omassa elämässään mitä halua tehdä, vaikka se ei aina tunnukaan helpolta.

Osa 2: Mielessä liikkuvat asiat ennen pelaamista

Osallistujat kuvaavat osuudessa pelaamisen alkujännityksen lisäksi vahvoja negatiivisia tunteita, joita pelaaminen lopulta aiheuttaa.

Ennen pelaamista on hyvä olo. Olen päässyt lempipuuhani pariin. Välillä sydän hakkaa ja kädet hikoavat. Kiva jännittynyt olo. Pelaamisen edetessä ja rahojen vähentyessä tunne muuttuu. Tulee vihaiseksi. Miksi tämä peli ei taaskaan suju? Laittaa suurempia panoksia, nyt ne rahat tänne. Kun kaikki on taas mennyt, tulee epätoivo ja lopuksi itseinho. Häpeä kulkee mukana päivittäin.

Kun lähden asioille ajattelen, etten pelaa, mutta sitten jää pari euroa ostoksesta ja siitä se alkaa, pelaan ne ja yleensä en jää voitolle. Sitten haen automaatilta lisää 20 ja yleensä häviän myös ne. Ajatus on, että tämän kerran vaan. Nykyään pystyn lopettamaan tähän yhtenä päivänä, mutta huomenna on uusi päivä ja melko varmasti se toistuu. Olo on tympeä ja surkea pelien jälkeen. Ei ole väliä, onko hävinnyt vai voittanut. Että voin olla luuseri!

Osa 3: Myönteisiä ja kielteisiä ajatuksia elämästä ilman pelejä

Vaikka useimmissa keskusteluissa pohdittiin enimmäkseen pelaamisen haittapuolia, yksi kapinalliseksi itseään kutsuva kirjoittaja ei keksinyt pelaamisesta mitään

negatiivista, vaan koki sen ainoaksi harrastukseksi ja rahanmenokseen eikä aikunut lopettaa pelaamista.

Minulla niitä huonoja asioita lopetettuani ei ole, kun vielä kuulun niihin, jotka eivät osaa voitolla lopettaa. Korvaavien toimintojen keksimisen pidän vain positiivisena asiana. Uskon, että itsekunnioitus ja sen seurauksena henkinen tasapaino ja vireys paranevat, kun pääsee pois pelaamisen ikeestä. Tämä vaikuttaa myös perhe- ja parisuhteeseen. Myös rahaa ja aikaa säästyy johonkin järkevämpään harrastukseen.

Haalin voittoja, mutta tappioiden tullessa taas vaivun syvään itseinhoon. Tunteet räiskyvät nopeasti laidasta laitaan. Ehkä jotenkin sairaalloisesti kaipaen tätä tunteiden vuoristorataa. Haluan lopettaa pelit, koska ihmisen persoona muuttuu ja tulee aikamoinen zombie korttien ja kerrointen vain vilistäessä päässä ja ajatuksissa. Huonot puolet on se, että pelit ovat olleet minulle elämäntapa ja sen kautta olen hakenut elämän tarkoitusta sairaalla tavalla. Pelien tilalle on löydettävä muuta tekemistä.

En keksi mitään muuta haittaa pelaamisen lopettamisella kuin jännityksen puute, pelaamisessa saatu jännitys on niin suuri. Myönteisiä asioita on todella paljon: aikaa perheelle, talous paranee, ei tarvitse enää valehdella koko ajan, loppuu se ylimääräinen pelitärinä, saa yöt paremmin nukuksi.

Pelaamisen lopettamisen hyvät puolet tulevat esiin jo nopeasti. Arjen pienet asiat alkavat tuntua taas mukavalta ja on helpompi keskittyä vaikkapa vain tv:n katseluun. Esimerkiksi lehtien lukemisesta ei tullut mitään keskittymisen puuttuessa. Nykyään en tiedä parempaa kuin iso muki kahvia, tupakkia ja sunnuntain Hesari.

Osa 4: Pohdintaa lauseesta ”Unelma suurvoitosta on vain unelma!”

Kirjoituksissa kuvataan tyypillisesti unelma suurvoitosta houkuttelevaksi, mutta epärealistiseksi ja ongelmia aiheuttaneeksi.

No todella! Itse pelaan kolikkopelejä enkä ole suurvoittoja saanut. Enkä saa. Joskus tuntuu, kun rahat on loppuillaan ja saat panoksen takaisin 3–4-kertaisesti ja saat sen päivän ruoan perheelle, että tuli isokin voitto. Ja seuraavana päivänä taas pelaamaan. Kyllä se on unelmaa, koska minäkin yli 10 vuotta pelanneena en voi koskaan saada niitä rahoja takaisin. Kyllä suurin voitto tulee kun on pystynyt lopettamaan pelaamisen.

Niin sitä suurvoittoa odottaa joka kerta kun sinne menee rahaa laittamaan. Järjen ääni jossain kaukana sanoo, ettei siitä kuitenkaan voita, vaan häviät taas rahasi. Tai jos voitatkin, niin laitat ne seuraavaan koneeseen. Suurvoitto olisi se, että tajuaisin olla menemättä siihen automaatin eteen laittamaan niitä rahoja sisään.

Osa 5: Kerro mitä mielessäsi liikkuu pelitilanteissa

Ajatukset ovat kirjoitusten perusteella tyypillisesti ristiriitaisia sekä ennen pelaaamista, pelitilanteissa että niiden jälkeen.

Kaikki lähtee ajatuksista, vääristä sellaisista. Pelikoneen ääreen mennessä aivot sulkevat järkiajattelun ja tilalle astuu harha-ajattelu. Tänään voitatan varmasti, kun vain jaksan ja sijoitan tarpeeksi paljon. Tänään on se päivä... ja herään pelattuani kaiken, en tänäänkään voittanut. Ja huomista voiton päivää ei koskaan tule.

Ristiriitaisia ajatuksia on mielessä, kun pelaan. Tiedän pelaamisen olevan hölmöä ja tiedän menettäväni rahat, mutta joku jossain takaraivossa takoo ajatusta ”viimeisestä” voitosta, siitä isosta. Ja taas saan todeta, ettei tälläkään kertaa tullut vaan meni ja olipas hölmöä, kun en tallettanut itselleni jo sitä satasen voittoa...

Pelaan ensin pienillä panoksilla, niillä voittaa aina. Kun olen saanut voitoja, nostan panosta. Ei tullut mitään. Nyt on siis korotettava panosta, että saan menetetyt rahat takaisin. Rahat menivät taas kaikki, tosin nopeammin kuin aikaisemmin. Pelaan vielä vähän kyllä se voitto nyt tulee. Ei tullut. Mieli maassa ja rahat loppu.

Osa 6: Kerro millaisia riskitilanteesi ovat, kuinka voit välttää niitä ja mitä voisit tehdä pelaamisen sijasta

Riskitilanteita kuvaavassa osuudessa kerrotaan käytännön keinoista estää pelaamisen, kuten

- estojen asettamisesta pokerisivuille pääsemiselle,
- maksuvälineiden sulkemisesta ja pankkikorttien puolisolle antamisesta,
- käteisten rahojen vähäisestä mukana kuljettamisesta,
- pelaamista edistävien paikkojen välttämisestä (sellaisten kuin baarit ja tietyt huoltoasemat, jotka ovat sijoittaneet peliautomaatit keskeisille paikoille) sekä
- korvaavien toimintojen kuten urheilun lisäämisestä, soittamisesta ongelmapelaamisesta tiedäville henkilöille ja yksin jäämisen välttämisestä.

Pelitilanteiden välttäminen on lähes mahdotonta, kun on niin kauan pelannut uhkapelejä. Jokaiseen elämän hetkeen liittyy jollain tasolla muistot pelaamisesta. Vaikeimpia hetkiä minulla oli aina raskaan työpäivän jälkeen; se on ohi nyt ja nyt palkinnon pariin... Nykyään mietin vaihtoehtoisia tekemisiä ja pidän mielessä hyvät asiat, joita saavutan pelaamattomuudella.

Suurin riski sortua pelaamaan on yksin ollessa ilman kummempaa tekemistä. Kaverien seurassa en edes mieti pelaamista. Elämässä ei vaan pysty välttämään yksin oloa, joten on pakko oppia vastustamaan pelihi-

moa. Olen huomannut ettei kannata jäädä pohtimaan menisikö pelaamaan vai ei, vaan saman tien lähteä pois pelien luota. Jos pelaamista jää liiaksi miettimään, on entistä vaikeampaa kääntyä pois.

Aika mainiosti olen huomannut muutaman huoltoaseman sijoittaneen automaattit siten, että ne eivät enää ole kulkuväylällä. Niitä pyrin suosimaan. Ja yksi, mikä mulla on kanssa on se, että pyytää NIIIIIN helposti loppurahat kolikoina, milloin parkkimittaria varten tai mitä vaan, siitä olen pääsemässä eroon... Ei kolikoita taskussa ja maksut kortilla. :)

Osa 7: Kerro millaisia ajatuksia talousasiat herättävät sinussa

Kirjoitukset kertovat tyypillisesti vaikeasta tilanteesta, joita osallistujat ovat joutuneet pelatessaan ongelmallisen paljon.

Velkaa pelien takia tuhansia euroja...Välillä ihan toivoton olo, että elämä on pilalla. Välillä loppuu sinnikkyys ja ratkeaa pelaamaan ja tilanne taas entistä huonompi...Sitten taas nousee siitä suosta ja yrittää saada itseään jaloilleen. Velat kaatuu päälle. Tuntuu välillä, että voisin jo luovuttaa, ehkä helpottaisi! En tiedä.. Voimat on vähissä, mutta sisälläni vielä halua, koska ihmiselämä on arvokas asia.

Nyt on osa veloista mennyt ulosottoon, joka kestää xx vuotta. Eli rahaa ei ole. Hyvä puoli siinä on se, että nyt en pysty kovin helposti pelaamaan, kun rahaa ei tosiaankaan ole eikä sitä enää helpolla mistään saa. Pitää vain nyt maksella menneisyyttä hamaan tulevaisuuteen...

Tähän ikään minun raha-asiat ovat olleet minun asiat. Todeta pitää tosin, että kyllä mies on ollut onneksi jonkinlaisena kontrollina siihen, mihin rahaani käytän. Yhteistä tilipussia ei kuitenkaan ole ollut. Ehkä se olisikin ollut pelastus minulle, enkä olisi niin paljon velkaantunut pelaamiseni takia. Tänä osallistuminen tähän Peluurin ryhmään on ollut erittäin antoisaa. Olisiko sitä tullut niin tarkkaan mietittyäkään ja laskettuakaan, miten paljon sitä velkaa on. Nyt sitten hirvittää miten siitä selviää. Luulen kylä onnistuvani pelaamattomana vähentämään pikkuhiljaa velkataakkaa. Hyvin käyköön!!!

Osa 8: Kerro miten aiot tehdä saavuttaaksesi tavoitteesi elämässäsi

Osallistujien itselleen asettamat tavoitteet vaikuttavat usein realistisilta. Monissa kirjoituksissa tavoitteeksi asetetaan eteneminen hitaasti mutta varmasti päivä kerrallaan.

Päivä kerrallaan – se riittää! Elettävä tätä hetkeä, tässä ja nyt, keskittyttävä tekemään yhtä asiaa kerrallaan eikä antaa ajatusten laukata seuraavaan

kesken entisen. Seurailen kevään etenemistä, lapsenlasten kasvamista, krookusten nousua lumen keskeltä kukkimaan. Elämä kantaa - sittenkin. Kiitos tästä mahdollisuudesta olla mukana ohjelmassa.

Tämä ohjelma on toiminut kohdallani erittäin hyvin. Tehtävien tekeminen ja viikoittaiset keskustelut terapeutin kanssa ovat selkeästi pistäneet alkuun prosessin, josta on hyötyä muutenkin kuin pelaamisen lopetuksessa. Toivon tämän prosessin jatkuvan edelleen, vaikka ohjelma loppuu. Pelaamisen olen lopettanut kokonaan ja aion myös jatkaa näin. On mukava saada läheisiltäkin palautetta, kun ovat huomioineet pelaamattomuuteni.

Minä otan rennosti ja en aio panikoida, vaikka tämä hoitajakso nyt päättyykin. Aion olla edelleen pelaamatta niillä keinoilla, joita täällä hoidossa on pohdittu. Jos satun retkahtamaan, yritän panna pelin heti poikki enkä anna sen lannistaa minua. Aion nimittäin tosissani jättää tuon pelimaailman taakseni. Siitä ei ole seurannut minulle ikinä mitään hyvää. Pelkkää painajaista se on minulle ollut.

Jokainen voi halutessaan yrittää lopettaa pelaamisen omalla tavallaan. Tämä ohjelma sopi minun elämän tilanteeseeni tällä kertaa. KIITOS... Hyvää jatkoa kaikille !!!!

Myös muiden palveluiden ja tuen tarve ohjelman päättyessä tuotiin esille.

Peli poikki -ohjelma on kyllä antanut paljon hyviä oivalluksia, mutta siltikään en ole saanut pelaamista hallintaan. Mieliala pelien suhteen muuttuu päivittäin ja retkahduksia tulee vähän väliä. Tuntuu, että mitä pidempään olen pelaamatta, sitä helpommaksi homma menee, mutta aina ennemmin tai myöhemmin syystä tai toisesta pelaan vähän ja pian syökykerre on valmis. Pitäisi tuonne pääkoppaan saada jotenkin taottua että MINÄ EN VOI PELATA MITÄÄN RAHAPELEJÄ MILLÄÄN KOHTUUDELLA. GA-ryhmään aion tutustua ensi viikolla, toivottavasti sieltä saisi ammennettua jotain uusia eväitä tähän sotkuun.

Pelaamattomuutta on nyt takana reilu kaksi kuukautta. Muutaman kerran on tosin tehnyt tiukkaa, mutta en ole kuitenkaan sortunut pelaamaan, vaan olen pystynyt suuntaamaan kulkuni muualle ja tekemään jotain muuta. GA-ryhmässä käynti on ollut hyvänä tukena pelaamattomuudelle. On paikka, jossa käydä ja puhua ajatuksistaan ja kuulla muiden ajatuksia. On myös paikka, missä kertoa äänen ylpeänä, ettei ole pelannut, koska siellä on muita, jotka ymmärtävät pelaamattomuuden olevan välillä vaikeaa, koska houkutus voi olla välillä suuri. Nyt kun tiedostan mitä voin menettää pelaamalla, kannustaa se olemaan pelaamatta.

Pelaamatonta aikaa kaksi kuukautta takana. Päivä kerrallaan täytyy edetä. Isot velat on ja en tiedä miten selviän niiden maksuista. Kuitenkin iloitsen siitä, että olen pystynyt olemaan pelaamatta. Raskaita hetkiä ja ahdis-

tusta tulee edelleen päivittäin. Tästä ohjelmasta on todella ollut paljon tukea. Tarvitsen edelleen tukea ja olen sitä hakenut ja saanutkin.

Osa 9: Jälkipuinti

Kirjoitukset ovat pääasiallisesti hyvin myönteisiä ja ohjelman vaikutuksia kiitteleviä.

Toukokuu on jo hyvin lähtenyt alkuun. Hyvin on mennyt myös pelintamalla. Täytyy kiittää siitä, että tuli lähdettyä tähän ohjelmaan mukaan. Olen säästynyt tuhlaukselta. Peliin en ole hävinnyt euroakaan. Aikaa jää harrastuksille ja joista vielä saan palkkaa. Puikot viuhuu tiuhaan ja ei malttaisi edes lenkillä käydä, kun on mielenkiintoisaa ja tuottavaa teke- mistä. Toivottelenkin tässä hyvää kesää kaikille ja jatkan neulomista.

Kirjoituksissa toivotaan vertaistukea hoitojakson jälkeenkin:

Olen siirtymässä viimeiselle hoitoviikolle. Olen ollut nyt pelaamatta 2 kuukautta. Jonkun verran mietityttää tämä hoitojakson jälkeinen aika. Haluaisin jollain tapaa pitää yhteyttä tänne foorumiin myös tämän jälkeen. Tiedän jo etukäteen, että tulee vaikeita aikoja vielä monta kertaa. Niissä voisi auttaa, jos saisi kirjoittaa jollekin saman hoitojakson käyneelle. Voitaisiin kirjoittaa joko tänne foorumiin tai sitten ihan oman sähköpostin kautta. Esim. Saunalahden sivuilta saa uusia sp-osoitteita joista kirjoittajan henkilöllisyys ei ainakaan paljastu. Tiedustelisinkin nyt, että onko muita, jotka ajattelevat samalla tavoin ja haluaisivat pitää yhteyttä samassa tilanteessa oleviin. En tarkoita päivittäistä yhteydenpitoa, vaan että voisi silloin tällöin vaihtaa kuulumisia kuinka menee ym.

Myös talousasiat ovat edelleen mielessä pelaamattomuudesta huolimatta:

Olen päässyt eroon pelaamisesta, eli kiitos eritoten terapeutilleni asiantuntevasta tuesta ja muille kanssataaplaajille peliongelmaisille, toivon mukaan entisille sellaisille. Ainoa ongelma on nyt se, että vaikka en pelaa, niin ei ole mahdollista saada velkataakkaa ainakaan pienemmäksi kun- nan, valtion tms. tuella, eli yhdistelemällä lainoja. Samoin pankitkin nihkeitä tuolle asialle, vaikkei meikäläisellä ole edes häiriöitä luottokelpoi- suudessa. Asettaa ajatukset joskus ristiriitaan talousasioissa. Mutta kiitos avusta ja hyvää talvenjatkoa kaikille... Pelaamattomuutta toivoen.

4 ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET HOITO-OHJELMASTA

Tässä luvussa vastataan arvioijille esitettyihin kysymyksiin ohjelma tavoitettavuudesta ja tavoitteiden saavuttamisesta. Luvussa esitetään vastauksia seuraaviin arviointikysymyksiin:

Onko hoito-ohjelman tavoitteet saavutettu? Mitkä tekijät ovat edistäneet ja estäneet tavoitteiden toteutumista?

- a) Miten hoito-ohjelma on tavoittanut ongelmapelaajia ja kyennyt tarjoamaan apua sitä haluaville?
- b) Mikä mallissa koettiin toimivaksi ja mitä pitää vielä kehittää? (käyttäjä-/asiantuntijanäkökulmat)

Ongelmapelaajien tavoittaminen ohjelman avulla

Ongelmapelaajien hoitoa selvittäneen tutkimuksen perusteella on hoitoon hakeutujille tullut tunne, että heidän on ollut pakko tehdä jotakin pelaamiselleen. Asiakkaat ovat tienneet pitkään pelaamisen ongelmallisuuden ja avun tarpeen, mutta päätöstä on lykätty eikä pelaamisesta ole kovin tarmokkaasti pyritty irti, koska puhuminen on tuntunut vaikealta. Hoitoon on hakeuduttu lopulta, kun peitejärjestelyt ovat paljastuneet läheisille tai pelaajien huolet ovat kasvaneet – talous on ajautunut umpikujaan tai henkinen pahoinvointi kasvanut. (Poteri & Tourunen 1995, 27–31.) Sosiaalipedagogiikan säätiön ryhmäkuntoutukseen osallistuneet ovat ilmoittaneet hakeutumisen syyksi riippuvuuden sekä taloudelliset ja sosiaaliset ongelmat. Noin puolet kuntoutukseen osallistuneista oli hakeutunut jo aiemmin hoitoon muualle. Valittuun kuntoutuspalveluun oli haettu siksi, että monelle se oli ollut ainoa tai hyvältä ja houkuttelevalta kuulostava palvelu. (Huotari 2007, 4, 64.) Haastateltujen yleisin hoitoon hakeutumisen motiivi on ollut, aivan kuin Poterin ja Tourusen tutkimuksessakin (1995), se että mitta on niin sanotusti tullut täyteen, kun pelaajat olivat joutuneet umpikujaan etenkin talousasioiden tai perheen kanssa. Kuten aiemmistakin tutkimuksista on ilmennyt, monien päätös oli kypsynt pidemmän aikaa, mutta hoitoon hakeutumisen kynnys oli madaltunut tarpeeksi vasta hakeutumishetkellä. Koska tilanne oli mennyt niin akuutiksi, että apua oli saatava jostakin, useimmat olivat valmiita hakeutumaan hoitoon minne tahansa paikasta riippumatta.

Pelaamisen salailu läheisiltä on ongelmapelaamisen piirteenä sitä yleisempi mitä enemmän rahaa pelaamiseen käytetään ja mitä vakavampi ongelma on. Pelaamiseen käytetty aika näkyy läheisille poissaolona perhe-elämästä. Ongelmapelaaminen vaikuttaa läheisten talouteen, lisäksi he saattavat kokea vakaviakin fyysisiä ja psyykkisiä vaikeuksia, luottamuspulaa sekä häpeää ja syyllisyyttä. Vaikka pelaajien läheiset usein kaipaavat jossain vaiheessa ulkopuolista tukea itselleen, vain harva hakee sitä. Syynä tähän on muun muassa se, että omaisten omat tarpeet tulevat usein esille vasta ongelmapelaamisen ratkaisu- tai toipumisvaiheessa. Läheiset ovat kuitenkin tutkimusten mukaan olleet mukana ongelmapelaajan hoito- ja tukipalveluissa ja ohjaamassa heitä palveluihin. Perhe- ja läheissuhteet ovat olleet lähes poikkeuksetta keskeisiä hoitoon hakeutumisessa. (Pajula 2007, 22–29, 41–43, 53; Poteri ja Tourunen 1995.) Useimmat Peli poikki -ohjelmaan hakeutuneet haastateltavat olivat tunnustaneet ongelmapelaamisensa läheisilleen jo aiemmin. Joukossa oli kuitenkin kolme haastateltavaa, joiden ongelmapelaamisesta tiesi vain puoliso tai ei kukaan. Noin puolia haastateltavista puoliso tai äiti oli tukenut hoitoon ohjauksessa ja/tai pelaamisen lopettamisessa. Muilla ei läheisiä ollut tai heitä ei haluttu sotkea omiin ongelmiin. Pelaajat pyrkivät usein säästämään sisarusiaan, lapsiaan ja vanhempiaan pelaamisen aiheuttamalta murheelta, sillä monien mielestä näillä oli muutoinkin riittävästi huolia elämässään.

Ruotsalaisessa Peli poikki -ohjelman versiossa tieto hoidosta on saatu tavallisimmin internetistä (45 %), toiseksi yleisimmin puhelintukilinjalta (19 %), pelien luona olevasta tiedosta (11 %) ja omaisilta (9 %) (Bergström & Lundgren 2007, 26). Internetin osuus tiedon kanavana on ollut internet-pohjaisessa hoitopalvelussa tavanomaista merkittävämpi, sillä esimerkiksi Rapeli-yhteisön hoitoon osallistuneet asiakkaat olivat saaneet tyypillisimmin tiedon palvelusta toiselta hoitavalta taholta (25 %) ja tiedotusvälineistä (22 %) sekä näitä hieman harvemmin internetistä (15 %), Peluurista (13 %) tai ystäviltä ja tuttavilta (12 %). (Halinen 2008, 61.) Suomalaista Peli poikki -ohjelman arviointia varten haastatelluille Peluuri-puhelinpalvelu on ollut merkittävä hoitoon ohjauksen kanava. Haastatelluista yhdeksästä henkilöstä kolme oli ohjautunut hoito-ohjelmaan joko lukemalla ohjelmasta Peluurin internet-sivuilta tai soittamalla Peluuriin. Kahdessa tapauksessa Peluuri oli mukana hoitoonohjauksessa siten, että puolison antaman tai itse kaupasta otetun esitteen avulla oli saatu tietoa Peluurista ja sen internet-sivulta löydetty Peli poikki -ohjelma. Kolme haastateltavaa oli ohjautunut palveluun työterveyshuollosta, hakeuduttuaan lääkärille ja sitä kautta mielenterveyspalveluihin. Kaksi haastateltavaa oli ohjautunut tällä tavalla peliongelman hoitoon A-klinikalle, ja sieltä oli saatu tieto uudentyyppisestä hoito-ohjelmasta. Yksi haastateltava oli löytänyt tiedon ohjelmasta internetiä selaamalla.

Muutama haastateltava oli hakeutunut Peli poikki -ohjelmaan, koska heillä ei ollut kotipaikkakunnan lähellä lainkaan ongelmapelaamisen hoitoon erikoistunutta palvelua tai sopivia hoitoryhmiä. Parissa tapauksessa ryhmätoiminta ei sopinut osallistujan elämäntilanteeseen perheen aikataulujen vuoksi. Hoito-ohjelman hou-

kuttelevuutta on lisännyt sen joustavuus. Jotkut olivat kokeilleet tai pohtineet ohjaamatonta ryhmätoimintaa, mutta eivät kokeneet sitä itselleen sopivaksi. Osa niistä, jotka eivät olleet aiemmin hakeutuneet hoitoon, oli suunnitellut aloittavansa hoitoprosessin ensin yksilöllisestä ja anonymististä internet-ohjelmasta ja hakevansa apua myöhemmin ryhmähoidosta. Vaikka ohjelman vetovoimaisuutta on lisännyt sen toteutus internetissä, jossain tapauksissa on hoidon vaikuttavuutta etukäteen epäilty, koska hoito on anonyymiä ja vuorovaikutus kasvokkain puuttuu. Epäilyistään huolimatta ohjelmaan hakeutuneet ovat kuitenkin päättäneet lähteä kokeilemaan jotakin keinoa ongelmapelaamisensa lopettamiseksi.

Monissa ongelmapelaajille suunnatuissa hankkeissa on ollut haasteena asiakkaiden tavoitettavuus. Asiakasvirrat ovat saattaneet tyrehtyä alun tiedotuskampanjoiden jälkeen, jolloin hoitomuodoissa on usein jouduttu panostamaan hoitojen näkyvyyden lisäämiseen sekä asiakkaiden houkuttelemiseen muuttamalla toimintatapoja vähemmän sitouttavaksi (esim. Ahonen 2008, 39–49). Kuten hoito-ohjelman asiakasmääriä kuvaavasta taulukosta edellä voi todeta, Peli poikki -ohjelma on saavuttanut alusta lähtien hyvin asiakkaita. Ongelmana onkin ollut tavanomaiseen peliongelmaisille suunnattuun avohoitopalveluun verrattuna se, että Peli poikki -ohjelmaan on ollut asiakkaita jonoksi saakka. Ohjelmalle on laadittu vuonna 2007 viestintäsuunnitelma ja palvelua on markkinoitu viestintätoimiston avulla aktiivisesti vuoden 2007 syyskuusta joulukuulle. Koska jonotustilanne on vaikeutunut ohjelman edetessä, ohjelmaa ei ole haluttu markkinoida laajalti tammikuusta 2008 lähtien. Myönteistä on, että tieto tarjottavasta hoidosta on välittynyt hyvin ongelmapelaajille, vaikka markkinointi on ollut valitun strategian mukaisesti vähäistä. Arvioinnissa on havaittu, että matalan kynnyksen periaate ja valtakunnallinen asiakkaiden tavoitettavuus ovat toteutuneet erittäin hyvin. Asiakasprofiilit osoittavat, että ohjelmaan on saatu mukaan erilaisia pelaajaryhmiä jopa odotettua laajemmin. Niinpä hoito-ohjelman voi arvioida olevan hyvin tavoitettava ja tarjoavan apua erilaisille asiakasryhmille. Myös alhaisten keskeytysprosenttien ja myöhemmin esiteltävien asiakastytyväisyystulosten perusteella ohjelma on pystynyt tarjoamaan hyvin apua siihen osallistuneille. Ohjelman tunnettuudesta ja tavoitettavuudesta kertoo asiantuntijahaastatteluisissa esille tullut tieto siitä, että muista ongelmapelaajien hoitopalveluista on ohjattu yksittäisiä asiakkaita Peli poikki -ohjelmaan.

Ohjelman tavoitettavuutta ja saavutettavuutta on heikentänyt jonotustilanne. Joidenkin asiakkaiden tilanne paranee tai he saavat avun jonotuksen aikana muualta, mistä kertovat muun muassa ohjelmaan tulleet viestit oman hoitopaikan perumisen syistä. Koska ongelmapelaajien hoitopalveluita on tarjolla vähän eikä kaikkien hoitoon hakeutuneiden voi olettaa parantuvan itsehoidon turvin, on todennäköistä, että osalla hoitoon hakeutuneista tilanne pahenee jonotuksen aikana. Tällaisia henkilöitä on oletettavasti siinä suhteellisen suuressa ohjelmaan hakeutuneiden joukossa, jota ei tavoiteta enää seulonnan jälkeen ja joka ei rekisteröidy asiakkaaksi ohjelmaan hyväksymisen jälkeen. Ohjelman tavoitettavuutta on osal-

taan heikentänyt se, ettei muissa ongelmapelaaajien hoitopalveluissa ole jonotustilanteen vuoksi haluttu suuremmalti markkinoida ohjelmaa omille asiakkaille.

Osa apua tarvitsevista ongelmapelaaajista jää internet-pohjaisesta palvelusta pois sen toteutustavan vuoksi. Kaikki eivät osaa käyttää tietokonetta eikä kaikilla tietotekniikan käyttötaitoisilla ole tietokonetta kotona. Etenkin ohjelman alkuvaiheen tekniset ongelmat ja jäykkyys muutosten toteuttamisessa ovat heikentäneet ohjelman tavoitettavuutta. Asiakkailla on ollut vaikeuksia kirjautua ohjelmaan. Esimerkiksi yksi asiakas pääsi kirjautumaan vasta viidennellä yrityksellä. Moni ei luultavasti jaks kokeilla yhtä monta kertaa. Kevääseen 2008 asti yhteydenottoa jonottajiin ja heidän tavoittamistaan on vaikeuttanut kirjautumispäivämäärän puuttuminen asiakastietokannasta.

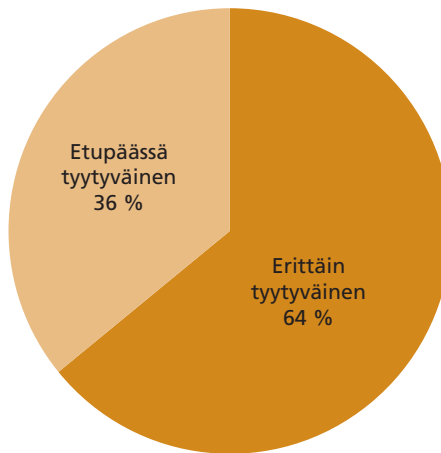
Asiakashaastatteluissa sekä jonottajat että ohjelman läpikäyneet kertoivat pitävänsä noin kuukauden jonotusaikaa siedettävänä, mutta kritisoiivat voimakkaasti paljon yli kuudeksi kuukaudeksi venyvää jonotusta. Jonotusaikaa arvosteltiin siitä, että niin pitkässä ajassa ohjelmaan hakeutuminen on saatettu unohtaa. Lisäksi osa haastatteluista oli saanut jonossa ollessaan väärää tietoa, kuten tiedon todellisuudessa liian lyhyeksi osoittautuneesta jonotusajasta, eikä jossain tapauksissa tietoa jonotustilanteesta ollut saatu lainkaan. Ohjelmaan hakeutuessaan ihmiset ovat motivoituneita muutokseen ja pitivät siksi erittäin huonona sitä, että avun saanti viivästyi, kun se ensin oli löytynyt. Ohjelmaan hakeudutaan akuutin avun tarpeessa, ja kuten yksi haastateltava totesi, itsensä kuntoon hoidattamisen etsikköaika voi mennä ohitse jonottaessa. Osa haastatteluista totesi, ettei heille itselleen ollut aiheutunut merkittäviä ongelmia pitkästä odotusajasta, mutta pahemmassa tilanteessa olevat varmaan kärsivät todellista hätää. Vaikeassa pelaamisvaiheessa olevien henkilöiden tilanteen uskottiin vaikeutuvan paljonkin jonotusaikana. Yksi haastateltavista totesi, ettei ihmettelisi, jos joku tekisi itsemurhan jonossa ollessaan, ja yksi pyysi välittämään ohjelmasta vastaaville viestin ”rehellisesti sanottuna, voi...”, saatuaan tiedon jonotustilanteesta. Yksi ohjelmaan hakeutunut henkilö koki itsensä takaisin avantoon heitetyksi jäätyään jonotuksen vuoksi pitkäksi aikaa kokonaan ilman tukea, sillä hänelle ei ollut muuta hoitopalvelua tarjolla. Jonotus ohjelmaan on saattanut olla pidempi kuin päihde- ja mielenterveyspalveluihin, vaikka yksi haastateltavista oli nimenomaan hakeutunut internet-pohjaiseen hoito-ohjelmaan, koska uskoi pääsevänsä sitä kautta nopeammin hoitoon kuin A-klinikalle. Jotkut jonottajista olivat alustavasti pohtineet muunlaisen avun hakemista pitkän odotusajan vuoksi, sillä he eivät uskoneet jaksavansa odottaa useita kuukausia hoitoa kärjistyneeseen ongelmaansa.

Ohjelman toimivuus ja kehittämistarpeet

Tässä luvussa esitellään arvioinnin tuloksia siitä, mitä asiakkaat ja asiantuntijat ovat pitäneet hoito-ohjelmassa toimivana ja mitä kehittämistä vaativana. Aluksi tarkastellaan asiakkaiden tyytyväisyyttä Peli poikki -ohjelman jälkeisestä jälkitutkimuksesta tehtyjen analysointien perusteella. Jälkitutkimuksen avovastausten analysointien yhteydessä esitetään muutamia asiakkaiden vastauksia, jotka tuovat esille heidän omia näkemyksiään aiheesta.

Yleinen tyytyväisyys hoitoon

Jälkitutkimukseen vastanneista noin kaksi kolmasosaa on ollut erittäin tyytyväisiä ja loput etupäässä tyytyväisiä palveluun (ks. kuvio 1). Verrattaessa Peli poikki -ohjelmaa maittain olivat sen Suomessa suorittaneet tyytyväisempiä terapiaan kokonaisuutena, sillä 49 % ruotsalaisen hoito-ohjelman suorittaneista on ollut erittäin tyytyväisiä, 49 % melko tyytyväisiä ja 2 % hieman tyytymättömiä saamaansa hoidon kokonaisuuteen.



KUVIO 1. Asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon (lkm = 39)

Jälkitutkimukseen vastanneita pyydetään kertomaan, mihin he ovat olleet tyytyväisimpiä hoidossa. Kysymykseen on vastannut 32 ohjelman suorittanutta¹⁰, ja kaikkein tyytyväisimpiä he olivat ohjelman vaikuttavuuteen pelaamiseen vähentä-

¹⁰ Jälkitutkimuksen lisäksi vastausten analysoinnissa on otettu huomioon myös ohjelman suorittaneiden henkilöiden haastatteluaineistot, sillä haastatteluissa käsiteltiin yhtenä teemana ohjelman toimivuutta ja sopivuutta itselle.

misessä ja muihin saavutettuihin tuloksiin sekä yhtä yleisesti tehtävien virittämään itsetutkiskeluun ja asioiden pohdintaan eri näkökulmista. Seuraavaksi yleisimmin osallistujat ovat olleet tyytyväisiä ohjelman tarjoamaan tukeen, etenkin vertaistukeen ja positiiviseen palautteeseen, joka on auttanut pysymään pelaamatta. Vertaistukea ovat ohjelmassa tarjonneet toisten kirjoitukset, keskustelu ja kannustus verkkofoorumilla.

Pelaamisen lopettamiseen ja tuloksiin liittyvissä vastauksissa käsitellään ohjelman vaikutusta pelaamiseen liittyvien mekanismien tunnistamiseen ja pelinhiimon hallintaan, elämän pisimmän pelitauon aikaansaamista ja ohjelman tehoa pelaamisen lopettamisessa. Itsetutkiskeluun, asioiden eri näkökulmista pohtimiseen ja itsensä tuntemaan oppimiseen liittyvissä vastauksissa tuodaan esille ohjelmassa läpikäytyjen tehtävien vaikutus muutokseen, sillä ne ovat vaikuttaneet asioiden pohjimmaiseen mietintään säännöllisyytensä ja soveltamismahdollisuuksien vuoksi. Tehtävien todettiin aiheuttaneen jopa pahaa oloa, minkä yksi haastateltava toi esille kertoessaan ohjelman alkuvaiheen välitehtävien suorittamisesta. Hoidossa ovat tyytyväisyyttä aikaansaaneet erityisesti terapeutin kanssa käydyt puhelinkeskustelut. Ohjelmaan osallistujat ovat oppineet itsestään uusia asioita ja saaneet motivaatiota muun muassa pelikiellon hankkimiseen pelipaikoille. Ihmiset ovat itsetutkiskelua harjoittaessaan pohtineet asioita, tunnustaneet peliongelman sekä saaneet kohotettua itsetuntoa, ja niin usko pelaamattomuuteen on vahvistunut.

Siihen, miten pystyn jäsentämään nyt pelaamiseen liittyviä mekanismeja ja hallitsemaan pelihimoani paremmin.

Siihen, että olen joutunut miettimään asioita perin pohjin.

Puhelintuokioihin asiantuntevan ja ymmärtävän ihmisen kanssa. Terveisiä vaan... Olen saanut kohotettua itsetuntoani ja uskoni pelaamattomuuteeni on vahvistunut. Hoito oli lopullinen sinetti peliuralleni ja ikäville muistoille.

Siihen, että jouduin tutkimaan sisintäni. Opin uusia asioita itsestäni. Ja tietenkin siihen olen tyytyväinen, että pääsin pelaamisesta eroon!

Suomalaisten ohjelman suorittaneiden tyytyväisyyden aiheet ovat samoja kuin ruotsalaisten. Ruotsissa tehdyn arvioinnin mukaan hoidon parhaana puolena pidettiin terapeuttia ja hänen kanssaan käytyjä keskusteluita, keskustelufoorumia sekä itsetuntemuksen lisääntymistä ja ongelmapelaamisen tunnistamista, hoidon vaikutuksia pelaamisen vähentämiseen tai lopettamiseen sekä hoidon saamista anonyymisti kotoa käsin. Osallistujat ovat olleet tyytyväisiä myös ohjelman kokonaisuuteen ja hoitomenetelmän anonyymiteettiin. (Bergström & Lundgren 2007, 47.)

Suomessa 28 jälkitutkimukseen osallistunutta henkilöä esitti näkemyksiään ohjelman parhaista puolista. Noin kolmasosa vastaajista kertoi ohjelman parhaan puolen liittyvän pelaamisen lopettamiseen tai sen huomattavaan rajoittamiseen,

ongelmapelaamisen tajuamiseen tai työkalujen saamiseen sen hallintaan. Muissa vastauksissa käsiteltiin ohjelman ominaisuuksia. Noin kolmasosa vastaajista mainitsi nimenomaan terapeutin kanssa käydyt puhelunkeskustelut parhaaksi ohjelman anniksi, ja noin viidesosassa vastauksista pidettiin foorumia ohjelman parhaana puolena. Myös positiivinen palaute, ohjelman käyttämisen helppous (ei tarvinnut itse soittaa eri paikkoihin hoidon saamiseksi) sekä hoidon kokonaisuus mainittiin ohjelman parhaiksi piirteiksi. Myös muiden suomalaisten ongelmapelaajille tarkoitettujen hoito-ohjelmien asiakkaat ovat kiittäneet arvioijille ohjelmien toteuttajia ja vertaistuen mahdollisuutta. (Huotari 2008.)

Parasta olivat antoisat puhelunkeskustelut ja niistä saamani ajattelun aiheet.

Peliriippuvuus ei ole enää pelkkä möykky, vaan sen hallintaan löytyy työkaluja.

Päästä irti pelaamisesta, tutustua itseeni paremmin.

Kysymykseen tyytymättömyyden aiheista hoidossa vastasi 21 jälkitutkimukseen osallistunutta henkilöä. Noin kolmasosassa vastauksista todettiin, ettei hoidossa ole ollut mitään tyytymättömyyden aihetta. Muissa vastauksissa mainittiin epäsoyvät puhelinajat, tehtävien ja kysymysten epämielikkääksi ja toistuviksi kokeminen sekä tekniset ongelmat, kuten tahattomat ohjelmasta ulos kirjautumiset. Myös tauot hoidossa ja sen loppuminen liian jyrkästi ilman riittävää jälkikontrollia sekä jonotus ovat aiheuttaneet tyytymättömyyttä. Kaksi vastaajaa oli tyytymättömiä siihen, miten vähän ohjelma vähensi heidän pelaamistaan.

Tyytymättömyyden aiheet olivat samoja kuin ohjelman huonot puolet. Ohjelman huonoja puolia koskevaan kysymykseen vastasi 18 jälkitutkimukseen haastateltua henkilöä. Heistä noin kolmasosa ei kokenut ohjelmassa minkäänlaisia huonoja puolia, vaikkakin yhdellä heistä oli pelko pelaamaan retkahtamisesta. Ohjelman huonoina piirteinä pidettiin kysymysten määrää ja toistuvuutta, teknisiä ongelmia, liian vähäisiä puhelinkertoja ja hoidon kasvottomuutta sekä jonotusta. Myös ruotsalaisessa ohjelmassa tavallisinta on ollut, ettei tyytymättömyyttä ole aiheuttanut mikään tekijä hoitomenetelmässä. Ruotsalaisista vastaajista muutamalle hoito-ohjelman malli ei ollut sopiva, jotkut kysymykset on koettu hankaliksi ja omien asioiden jakaminen verkkofoorumilla vaikeaksi. Ohjelman huonoiksi puoliksi on mainittu myös henkilökohtaisen kontaktin puute ja velvoite käyttää keskustelufoorumia. (Bergström & Lundgren 2007, 44, 47.)

Ei ole mielestäni huonoa. Ehkä itselläni pelko siitä, että saatan retkahtaa.

”Kasvoton” hoito.

Jonotus oli liian pitkä. Itselläni se ei tuottanut hankaluuksia, mutta jonkun ”kriittisemmässä” tilassa olevan tuskia voin vain kuvitella.

Numeeriseen aineistoon perustuvasta taulukosta 10 ilmenee, että tyytyväisyys ohjelman laatuun ja sen suositteleminen samasta ongelmasta kärsivälle ystävälle on ollut yhtä yleistä Suomessa kuin Ruotsissa.

TAULUKKO 10. Suomalaisten ja ruotsalaisten ohjelman läpikäyneiden asiakastyytyväisyys %

		Suomi (lkm = 40)	Ruotsi (lkm = 157)
Terapian laatu	erinomainen	43	47
	hyvä	55	47
	tydyttävä	3	6
	huono	0	0
	Yhteensä %	100	100
Ohjelman suositteleminen ystävälle, jolla on sama ongelma	ei missään nimessä	0	0
	ei usko suosittlevansa	0	2
	todennäköisesti	25	20
	varmasti	75	78
	Yhteensä %	100	100

Miehet ovat olleet naisia hieman useammin tyytyväisiä, sillä heistä 69 % ja naisista 50 % on ollut erittäin tyytyväisiä hoitoon kokonaisuudessaan. Ikäryhmittäin tarkasteltuna nuorimpaan 18–25-vuotiaiden luokkaan kuuluvat ovat olleet muita harvemmin erittäin tyytyväisiä hoidon kokonaisuuteen. Heistä 43 % on ollut erittäin tyytyväisiä hoitoon kokonaisuutena, kun 26–35-vuotiaista erittäin tyytyväisiä on 67 % ja sitä vanhemmista 71 %.

Hoidon laadun arvioinnissa ei ole sukupuolten välistä eroa, ei myöskään merkittävää eroa ohjelman suositellessa muille. Hoidon laadun arvioinnissa on näkyvissä samanlaista eroa ikäryhmien välillä kuin hoidon kokonaisuuden arvioinnissa: vanhempiin ikäryhmiin kuuluvat ovat tyytyväisempiä hoidon laatuun kuin nuoremmat. Hoidon laatua pitää erinomaisena 47 % yli 25-vuotiaista, kun sitä nuoremmista hoidon laadun erinomaiseksi kokee 25 %. Ikäryhmien erot tyytyväisyydessä hoito-ohjelmaan näkyvät myös vastauksissa kysymykseen, suosittelevatko vastaaja hoitoa muille. Yleisimmin vastaavantyyppistä hoitoa suosittelevat ehdottomasti muille 26–35-vuotiaat (87 %) ja harvemmin kuin muut sitä suosittelevat 18–25-vuotiaat (63 %). Tulos on sikäli mielenkiintoinen, että ohjelman ennakoitiin palvelevan erityisesti nuorten nettipelejä pelaavien miesten tarpeita. Tulosten perusteella miehet ovat olleet tyytyväisempiä hoitoon kuin naiset, mutta toisaalta nuoret arvioivat hoidon erinomaiseksi ja tuttavilleen suositeltavaksi harvemmin

kuin varttuneet. Tulokset eivät siis tue ennakko-oletusta ohjelman soveltuvuudesta erityisesti tietyille ryhmälle.

Arviot ohjelman osioista

Ohjelman suorittaneita pyydetään jälkitutkimuksessa arvioimaan internetin ja sähköpostin käyttämistä hoidossa. Siitä on kertonut mielipiteensä 30 vastaajaa. Tavallisin näillä välineillä oli vastaajien mielestä helppoa ja käytännöllistä saada apua. Kolmen vastaajan mukaan käyttö oli tuntunut alussa oudolta, ja yksi heistä oli ollut skeptinenkin kasvottoman hoidon onnistumisen suhteen, mutta siihen oli tottunut, ja ohjelmasta todettiin olleen paljon hyötyä. Useammin vastauksissa kerrottiin internetin ja sähköpostin käytön olevan luontaista jo oman työn takia. Vastauksissa korostetaan, että sähköiset palvelut ovat tätä päivää ja on hienoa nähdä, kuinka niiden avulla voi hoitaa näinkin vaikeita ongelmia. Internet-pohjaisessa hoidossa pidetään myönteisenä mahdollisuutta mietiskellä asioita ja olla rehellinen, kun puhelut ovat kuitenkin tarjonneet henkilökohtaisuutta hoitoon. Internetissä täytettävät tehtävät ovat toimineet itseanalyysin välineinä ja tuoneet niissä tehty lupaukset konkreettisesti näkyville, mikä on auttanut pysymään päätöksissä. Noin kolmasosassa vastauksista nimettömyyden kerrottiin rohkaiseen kokeilemaan ohjelmaa ja osallistumaan vertaistukeen, sillä nimettömät kirjoitukset ovat antaneet turvallisuuden tunnetta ja tarjonneet mahdollisuuden sanoa hävettäviäkin asioita. Yhdelle vastaajalle nimettömyydellä ei ole ollut erityistä merkitystä. Vastauksissa pidetään tärkeänä, että sähköisten palvelujen lisäksi on tarjolla puhelinyhteys terapeuttiin. Ilman sitä hoidon olisi koettu jäävän persoonattomaksi. Sähköistä hoitomenetelmää kuvataan yleisesti käytännölliseksi, helpoksi, puhelinsoittojen ansiosta henkilökohtaiseksi ja nimettömyyden takia hyväksi palveluksi.

Vastauksissa tuotiin esille myös sähköisten palvelujen liittyviä kehittämistarpeita. Vastaajat olivat toivoneet enemmän sähköpostikeskusteluita terapeutin kanssa ja enemmän keskustelua foorumille. Ohjelman kysymyksiä kritisoitiin naiiveiksi ja junnaaviksi. Alkuvaiheen teknisten ongelmien kerrotaan vaikeuttaneen ohjelman käyttöä, ja osassa vastauksista toivotaan ohjelman olevan käyttäjäystävällisempi. Kehittämiskohteista huolimatta ratkaisua pidettiin hyvänä ja itselle sopivana, terapeutti on ollut osaava ja internetissä täytettävät tehtävät kuin itselle luotuja. Vaikka jotkut toteavat hoidon tukeneen omaa päätöstä pelaamattomuudesta, ohjelma on koettu samalla helpoksi ja pinnalliseksi. Helppoudesta kerrotaan kuitenkin useammin myönteiseen sävyyn, sillä sähköisissä palveluissa on voinut asioida joutumatta esimerkiksi järjestämään lastenhoitoa.

Käytännöllistä ja helppoa. On hienoa nähdä, kuinka tänä päivänä voidaan näinkin vaikeita ongelmia hoitaa sähköisesti. En löydä hoito-ohjelmasta oikein mitään huonoa. Terapeutti osasi asiansa ja tehtävät olivat kuin minulle luotuja.

Oli helpompaa saada apua nimettömänä ja ennen kaikkea jutella vertaisfoorumissa nimimerkin turvin. Se, ettei kukaan oikeastaan tunne minua, antaa turvallisuuden tunteen ja sen, että voin sanoa omasta elämästäni niitä hävettäviäkin asioita. Huonoja puolia en löydä.

Netissä oli helppo mietiskellä asioita ja olla rehellinen alusta asti. Puhe-
lujen myötä siitäkin sai henkilökohtaisemman fiiliksen. Alustalla jotkut
tehtävät olivat hankalia jo pelaamisen lopettaneelle. Tehtävän pystyvä te-
kemään omalla väljällä aikataululla ja asiaan pystyi paremmin ajan kans-
sa keskittymään. Nimettömyydellä ei minulle sinänsä ollut.

Mielestäni tämä on tätä päivää. Alkuvaikeuksien jälkeen ei mitään on-
gelmia. Ei tämä kokonaisuudessaan tietysti kovin henkilökohtaista ollut.
Nimettömyys muiden hoitoon osallistuneiden joukossa pitää olla, vaikka
muuten nimitiedot ovat olleet ylläpidon tiedossa.

Suomalaisten asiakkaiden toiveet ja kehittämis ehdotukset olivat vastaavia kuin
ruotsalaisten. Myös ruotsalaisten mielestä netistä saa avun helposti matalan kyn-
nyksen, hyvän tavoitavuuden sekä nimettömyyden vuoksi. Myös ruotsalaiset ovat
arvostaneet puhelinkeskusteluja, joiden ansiosta he olivat kokeneet internet-poh-
jaisen hoitomenetelmän henkilökohtaiseksi, ja arvostelleet teknisiä ongelmia si-
säänkirjautumisessa. (Bergström & Lundgren 2007, 45.)

Hoitoon liittyviä puhelinkeskusteluja arvioi 28 vastaajaa, jotka kaikki pitivät
keskusteluja tärkeänä osana hoitoa sekä erittäin antoisina keinoina purkaa omia
ajatuksia sekä saada palautetta ja kannustusta. Puhelut olivat antaneet vastaajille
suurta apua ja he pitivät niitä ohjelman parhaana osana, sen suolana. Niiden ker-
rotaan auttaneen ja tukeneen paljon hoidon aikana. Kaksi vastaajaa oli lopetta-
nut pelaamisen jo ennen ohjelmaan osallistumista tai sen alkuvaiheessa. Toinen
heistä koki puhelinkeskustelut tehtäviä paremmaksi, asialliseksi ja antavimmaksi
osaksi ohjelmaa, kun taas toisella ei mielestään enää ollut paljoa keskusteltavaa sen
jälkeen kun oli lopettanut pelaamisen. Yksi ohjelmaan osallistuneista kertoi kom-
munikoineensa ohjelman aikana vain sähköpostitse eikä lainkaan puhelimitse.

Tärkeä osa hoitoa. Siitä saa välitöntä palautetta ja huomaa myös usein, jos
omat ajatukset ovat ihan hakoteillä.

Keskustelut olivat yksi parhaista osista hoitoa, ehkä paras. Joka puhelun
jälkeen olo oli huomattavasti kevyempi.

Lopetin pelaamisen kokonaan heti hoidon alussa, joten juteltavaa oli ai-
ka vähän.

33:ssa terapeuttia koskevassa vastauksessa kaikki kertoivat olevansa tähän tyyty-
väisiä, yleisimmin hänestä käytettiin adjektiiveja mukava, kannustava, ymmärtävä,
kuunteleva ja asiantunteva. Terapeuttia pidetään huumorintajuisena, sopivan tiuk-
kana ja hyvin keskustelua johdattelevana, ohjaavana ja työhönsä sopivana. Myös

ruotsalaiset vastaajat ovat suhtautuneet terapeuttiin myönteisesti ja kuvanneet häntä täydelliseksi, osaavaksi, tukevaksi, aidoksi ja riittävän provokatiiviseksi. Suomalaisien vastaajien keskuudessa oli poikkeuksellista, että joku ei pitänyt keskusteluja antoisina, mutta osa ruotsalaisista on ollut tätä mieltä (Bergström & Lundgren 2007, 46.)

Kannustava, empaattinen, kuunteleva. Antoi suunnan keskusteluissa ja antoi puhua. Kuitenkin laitto tarpeeksi painetta miettimiseen esim. kun olin retkahtanut. Antoi paljon tietoja ja kikkoja pelihimon taltuttamiseen.

Terapeutin kanssa oli vaivaton keskustella. Aluksi jännitin puhelun tuloa, muta siitä puhelujen jännittämisestä pääsin. Kannustava, ohjaava ja sympaattinen.

29 vastauksessa pohdittiin keskustelufoorumin toimivuutta. Näistä noin kahdessa kolmasosassa foorumia pidetään hoidon tärkeänä osana ja sitä kuvataan loistavaksi, parhaaksi ja itselle eniten apua tuoneeksi osuudeksi. Toisten näkemyksiä pidetään mielenkiintoisina ja foorumin kerrotaan antaneen vertaistukea. Monet pitävät keskustelufoorumia hyvänä siksi, että voivat lukea toisten tekstejä, vaikeivät itse kirjoittaneet sinne. Noin kolmasosassa vastauksista on myös kritiikkiä keskustelufoorumista, ja kahdessa vastauksessa osallistuja kertoo, ettei ole nähnyt foorumista mitään hyötyä itselle. Kritiikkiä ovat aiheuttaneet foorumin hiljaisuus, jonka takia sinne kirjoittaneet eivät ole saaneet vastauksia kirjoituksiin. Kirjoittamisen vaikeus ja toisten tekstien lukemisen vähäisyys ovat olleet syitä siihen, että foorumista oli saatu vain vähän hyötyä. Nekkään, jotka ovat kiinnostuneempia lukemaan tekstejä kuin kirjoittamaan itse, eivät ole saaneet foorumista niin paljon hyötyä kuin olisivat halunneet. Tekstien suhteellisen näkyvä osa tehtävissä on antanut tunteen opiskirjamaisuudesta. Suomalaisista poiketen ruotsalaiset vastaajat ovat tuoneet esille keskustelufoorumista yksinomaan positiivisia puolia kuten vihjeiden saamisen toisilta osallistujilta ja sen tunteen helpottumisen, että on jäänyt yksin ongelman kanssa. (Bergström & Lundgren 2007, 46.)

Keskustelufoorumi oli loistava, sillä siellä saa näkemystä muiden pelaajien elämään ja voi peilata sitä omaan elämään.

Sinänsä hyvä, mutta ei välttämättä tuonut esiin paljon uutta.

Siitä en erikoisesti apua saanut ja mielestäni sen voisi jättää pois.

Arviot hoidon sisällöstä

29:stä ajankäyttöä koskevaan avokysymykseen jälkitutkimuksessa vastanneesta noin kolmasosa on käyttänyt aikaa ohjelmaan noin tunnin tai enintään 1,5 tuntia ja samoin noin kolmasosa noin kolme tuntia viikossa. Tyypillisintä on ollut käyttää

kaksi tuntia. Lyhyimmillään ohjelmaan on käytetty aikaa puoli tuntia ja pisimmillään neljä tuntia. Yhdessä vastauksessa kerrotaan jokapäiväisestä itseanalyysistä ja pohdinnasta ilmoitetun ajan lisäksi. Ruotsalaiset ovat käyttäneet aikaa ohjelmaan keskimäärin noin 2–3 tuntia, osa käytti siihen 4–6 tuntia ja vähemmistö 30–60 minuuttia (Bergström & Lundgren 2007, 46).

Ohjelman suorittaneita asiakkaita pyydetään arvioimaan moduulien kokoa. Siitä on kertonut mielipiteensä 21 vastaajaa. Noin kolme neljäsosaa palautetta antaneista arvioi moduulit sopivan kokoisiksi. Ohjelmassa esitettyjä käytännön esimerkkejä pidetään hyvinä, ja yhdessä vastauksessa arvellaan pidemmätkin osuudet itselle mahdollisiksi. Lopuissa noin neljäsosassa vastauksista moduuleita pidetään liian pitkinä. Näistä parissa vastauksessa pidetään tosin osioiden pituutta hyvänäkin asiana, jos osallistujalla on jatkossa kiinnostusta perehtyä omatoimisesti materiaaleihin. Moduulit on voitu kokea pitkiksi myös siksi, että osallistuja on jo aiemmin itse hoitanut kuntoon niissä käsiteltävät asiat, kuten talouden. Tekstien vaikeutta arvioineista 29 vastaajasta noin kymmenesosa on pitänyt niitä vaikeatajuisina ja paria lukukertaa vaativana, kun muut vastaajat ovat kokeneet tekstin helpoksi, helppolukuiseksi ja helposti ymmärrettäväksi. Myös ruotsalaisen ohjelman läpikäyneiden enemmistö on pitänyt käytettyä tekstiä helppolukuisena ja sen määrää sopivana (Bergström & Lundgren 2007, 46–47). Peli poikki -ohjelman voi arvioida tekstuaaliselta sisällöltään onnistuneeksi, sillä erilaisissa kokeiluissa tuotetut materiaalit saatetaan kokea myös vaikeaselkoisiksi ja yksinkertaistamista vaativiksi (Huotari 2008).

Suomalaiset vastaajat ovat olleet ruotsalaisia yleisemmin tyytyväisiä ohjelman kestoon. Ruotsalaisista reilu kolmasosa (37 %) on pitänyt ohjelmaa hieman tai aivan liian lyhyenä ja 6 % liian pitkänä (Bergström & Lundgren 2007), kun taas suomalaisten jälkitutkimuspalautteissa ja haastatteluissa ei useinkaan oltu tyytymättömiä hoidon kestoon. Tyytyväisyys hoidon kestoon ei näytäkään olevan yhteydessä peliongelmiin kärsittyihin vuosiin, joita oli taustalla ruotsalaisilla vastaajilla keskimäärin viisi ja suomalaisilla yhdeksän. Yksi syy ilmiöön voi olla se, että ruotsalaisessa ohjelmassa on pilotoitu terapiamallia ja siirretty koulutusten avulla kokemuksia suomalaiselle terapeutille. Kenties tämän vuoksi Peli poikki -ohjelmassa on pystytty tarjoamaan laadukkaampaa palvelua sekä saatu aikaan tunne täysipainoisesta ja riittävän pitkstä hoito-ohjelmasta. Myös keston tiukka rajaaminen kahdeksaan viikkoon ruotsalaisen ohjelman pilotointivaiheessa on voinut aiheuttaa enemmän tyytymättömyyttä verrattuna kestoltaan hieman joustavammin toteutettavaan suomalaiseen ohjelmaan. Suomessa hoidon kesto koetaan yleisesti sopivaksi eikä ohjelmaa pidetä tarpeellisenä jatkaa pidempään samanlaisena, sillä toiveet kohdistuvat pikemminkin kasvokkaiseen hoitoon jatkossa. Kaksi jälkitutkimukseen vastannutta olisi halunnut jatkaa ohjelmaa pidempään, sillä heistä se loppui liian äkkiä, ilman pidempää keskusteluun perustuvaa jälkiseurantaa. Yksi haastatteluista piti ohjelman kestoa liian lyhyenä. Hän ei kuitenkaan pitänyt ratkaisuna ohjelman jatkamista nykymuotoisena pidempään, vaan jatkon tarjoamista jollakin

kehittyneemmällä tavalla. Asiakkaiden kokemukset kahdeksan viikon sopivuudesta pituudeksi puhuu osaltaan suositeltujen lyhytterapeuttisten mallien toimivuudesta ongelmapelaamisen hoidossa (Heinonen 2005, 14) ja on sikäli mielenkiintoinen, että vuodenkin kestävää kuntoutusta on saatettu pitää liian lyhyenä (ks. Huotari 2007, 53).

Sopivasti tekstiä ja osassa tosi hyviä käytännön esimerkkejä.

Ehkä turhankin paljon tekstiä välillä luettavana, tosin asiaa joka sana.

Vaikka ohjelmassa on ollut teknisiä ongelmia, niitä koskevaan kysymykseen vastanneiden enemmistö ei ole kokenut niitä. 28:sta avokysymykseen vastanneesta noin kaksi kolmasosaa totesi, ettei tekniikka ollut aiheuttanut ongelmia. Foorumia pidetään helppokäyttöisenä ja toimivana. Selkeiksi mutta hieman tylsiksi kuvatuilta sivuilta on löydetty kaikki tarvittavat asiat ja sivustoa pidetään tarkoituksenmukaisena. Noin kolmasosassa vastauksista kerrottiin vaikeuksia kohdatun usein alkuvaiheessa, mutta niiden vähentyneen myöhemmin. Teknisiä ongelmia käsittelevien vastausten perusteella oli vaikeuksia koettu muun muassa linkkien näkymisessä, kirjautumisessa tai seulonnassa. Yhdessä vastauksessa ehdotettiin parannuksia muun muassa kommentti-kohtaan.

Ei tainnut olla mitään ongelmia.

Tekniikka aluksi tuotti ongelmaa foorumissa. Olen löytänyt kutakuinkin etsimäni asiat.

Hieman oli ongelmia siellä täällä, ruotsinkieltä oli vähän siellä täällä.

31:stä työmenetelmää arvioineesta vastaajasta vajaa kolme neljäsosaa koki sen hyväksi tai erittäin hyväksi. Aikataulu on ollut joustava, tehtävät on voinut tehdä itselle sopivimpaan aikaan. Ohjelma on ollut ylipäänsä toimiva ja saanut ajattelemaan. Noin viidesosassa vastauksista ohjelmaa pidettiin hyvänä, mutta samalla aikaa vievänä ja rasittavana. Vaikka ohjelma on vaatinut aikaa, perehtymistä ja keskittymiskykyä, se on ollut kokonaisuudessaan myönteinen. Vaikka yhdessä vastauksessa harjoitukset on koettu ahdistaviksikin, velvoite tehdä tehtäviä säännöllisesti on estänyt ohjelmasta lipsumista, ja lopulta on ollut itselle hyvä joutua miettimään asioita syvällisesti. Osa ohjelman kysymyksistä tai osioista oli vastaajista liian pitkiä ja vähemmän mielekkäitä. Yksi vastaaja ei usko mallin välttämättä sopivan kaikille. Ne, joiden pelaamiseen ohjelma on vaikuttanut keskimääräistä vähemmän, eivät ole muita osallistujia kriittisempiä työmenetelmää kohtaan. Tämän perusteella voi arvioida, ettei epäonnistuminen ongelmapelaamisen lopettamisessa ole johtunut yksinomaan siitä, ettei menetelmä ole soveltunut näille osallistujille. Ruotsalaiset vastaajat kokivat hoito-ohjelman hyväksi kuten suomalaisetkin. Vähemmistöllä suomalaisista vastaajista on ollut vaikeuksia tehtävien suorittamisessa, he ovat

kokeneet ne työläiksi tai oman tilanteeseen tai peliongelmaan soveltumattomiksi. Mallin joustavuutta on arvostettu paljon. (Bergström & Lundgren 2007, 47.)

Muoto on mielestäni hyvä ja minun kohdallani ainakin toimiva.

Työmuoto on erittäin hyvä. Varsinkin kysymykset, joita joutuu pohtimaan sydänjuuria myöten, ovat olleet itselleni suuri apu.

Tukevana hoitona todella hyvä, mutta vaatii toki omaa päättäväisyyttä.

Jotkut moduulien harjoitukset tuntuivat ahdistavilta ja hankalilta. Tehtäviä tehdessä ja asioita käsiteltäessä koko ajan helpottui.

Ohjelman työläyttä koskevaan kysymykseen vastanneista 28 henkilöstä noin kaksi viidesosaa ei pitänyt ohjelmaa millään tavalla liian työläänä. Näille vastaajille on esimerkiksi tekstin tuottaminen ollut helppoa ja puhelinajat on saatu sovitettua hyvin omaan elämään. Enemmistö vastaajista luonnehtii kuitenkin mallia keskivaikeaksi. Haasteellisuutta ohjelmaan on aiheuttanut etenkin sen henkinen raskaus ja hoidon rankkuus varsinkin alussa sekä vaatimukset keskittymiskyvylle. Hoidon edetessä henkisen raskauden koettiin vähentyneen. Ohjelma on koettu hieman raskaaksi ja työlääksi myös työn ja hoidon yhteensovittamisen vuoksi tai pelaamisen viedessä kaiken ajan. Vaikka tehtäviin ei ole sinänsä mennyt runsaasti aikaa, osallistujat on pistänyt lujille päätöksissä pysyminen ja asioiden jatkuva miettiminen sekä itse tutustuminen.

Myöskään ruotsalaiset vastaajat eivät pitäneet itse ohjelmaa niin vaikeana kuin oman muutoksen läpikäymistä sen aikana. Suomalaisten tavoin he ovat saaneet tehdystä paljosta työstä iloa (Bergström & Lundgren 2007, 46–47). Ohjelma koettiin henkisesti raskaaksi ja se herätti ahdistuksen ja häpeän tunteita, kuten muutkin ongelmapelaajille tarkoitetut hoidot, esimerkiksi Sosiaalipedagogiikan säätiön ryhmämuotoinen kuntoutus (Huotari 2007, 53) sekä A-klinikoiden tarjoama hoito. A-klinikoiden peliongelmaiset asiakkaat ovat aluksi tunteneet hyvää oloa, mutta alkaneet sitten masentua, kun tunteet olivat muuttuneet ristiriitaisiksi, asian työstäminen tullut henkisesti raskaaksi ja tuli vaikeaksi sitoutua tavoitteeseen (Poteri & Tourunen 1995, 31–37, 133–34). Tässä suhteessa Peli poikki -ohjelmaa ei voida pitää tavanomaista rankempana hoitona.

Ei lainkaan työläältä. Sain soviteltua puhelinajat hyvin omaan elämään ja moduulien täyttämisesäkään ei tullut viiveitä.

Minusta oli hyvä päästä tutustumaan itseeni paremmin. Joten vaikka välillä tuntui työläältä, en pitänyt sitä pahana asiana.

Itse tehtäviin ei ole kulunut niin paljon aikaa, mutta asioita on joutunut miettimään koko ajan. Henkisesti olen ollut niin lujilla, että jouduin pyytämään lääkäriltä rauhoittavaa lääkitystä.

Ohjelman arvokkuutta itselle arvioi 30 vastaajaa. Kaikki pitivät sitä erittäin arvokkaana tai arvokkaana ja rahassa korvaamattomana. Ohjelma arvioitiin kouluarvosanalla noin yhdeksän arvoiseksi. Hoito-ohjelma oli vahvistanut suuntaa vastaajien valitsemalla tiellä, pelastanut varmalta tuholta, saanut asiakkaan nykyiseen hyvään tilanteeseen, ja uusi sivu oli kääntynyt elämässä ohjelman ansiosta. Yksi vastaaja piti hoitoa arvokkaana, mutta mietti tulevaisuuttaan. Yhden mielestä ohjelma vaatii omaa päättävyyttä, vaikka onkin hyvä ja tarjoaa tukea. Muissa vastauksissa korostettiin, että ohjelman avulla pystyy lopettamaan pelaamisen kokonaan. Myös muiden ongelmapelaajille suunnattujen hoitopalvelujen arvioinneissa on oltu tyytyväisiä nimenomaan siksi, että ohjelma on koettu hyödylliseksi (Huotari 2008).

Kiitos kuluneesta kahdeksasta viikosta! Tästä jatketaan eteenpäin omin avuin, toivottavasti rahkeet riittävät.

Kiitos hyvästä ohjauksesta ja tuesta sekä myötelämisestä. Teitte homman tosi hyvin, loppu on minun vastuullani ja aion ottaa homman haltintaan. Kiitos upeasta ohjelmasta, joka muutti elämäni ☺

Haastattelut pitivät Peli poikki -ohjelmaa hyvänä hoito-ohjelmalla. Sen todettiin edistäneen pelaamattomuutta, omaa hyvinvointia ja toimintakykyä sekä itsearviointitaitoja. Yhdelle hoito-ohjelma tarjosi tukipalvelun pelaamisen lopettamisen jälkeen, sillä päätös pelaamattomuudesta oli syntynyt jonotusaikana. Kolme haastateltavaa koki Peli poikki -ohjelman erityisesti lisäpalveluksi, joka tuki muita sen hetkisiä hoitoja. Useimmin palvelu koettiin hyväksi tueksi. Oli huomattu, että pelaamisen hallintaan tarjottuja työkaluja oli opeteltava käyttämään, kun ne ensin oli saatu. Ohjelmaa ei pidetty kaikille sopivana, koska se edellytti internetin käyttöä ja etenkin koska se on henkisesti vaativa. Vaikka ohjelman käyttö internetissä oli helppoa ja joustavaa, sitä pidettiin raskaana toteuttaa ilman muuta tukea.

Seuraavaksi kuvataan asiakkaiden haastatteluihin ja jälkiseurantavastauksiin pohjautuvia näkemyksiä siitä, kuinka Peli poikki -ohjelmaa voitaisiin kehittää. Jälkiseurantojen perusteella osallistujat ovat olleet yleisimmin tyytymättömiä tehtävien ja niiden kysymysten epämielkkyyteen ja toistuvuuteen sekä kysymysten runsauteen sekä teknisiin ongelmiin, etenkin alkuvaiheen kirjautumisvaikeuksiin. Tyytymättömyyttä ovat aiheuttaneet myös keskustelufoorumin käytön vähäisyys, vaikeudet sopia puhelinaikoja. Jotkut olivat tyytymättömiä siihen, että ohjelma vaikutti pelaamisen hallintaan vain vähän. Ruotsalaisen hoito-ohjelman arvioinnissa on tullut esille pelko ja tyhjyyden tunne intensiivisen hoidon päätteeksi (Bergström & Lundgren 2007). Peli poikki -ohjelmaan osallistuneista kuitenkin suhteellisen harva pelkäsi sortuvansa takaisin peluriksi, sillä ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta tehdyn arvioinnin mukaan monet pelkäsivät pelaamaan sortumista ja jotkut jopa niin, että se rajoitti heidän liikkumistaan. (Huotari 2007, 51.)

Jälkitutkimuksen tehneitä on pyydetty kertomaan, mitä he olisivat toivoneet hoidossa tai ohjelmassa olevan tai tehtävän toisin. Hoitoon ehdotettiin parannuk-

sia 15 vastauksessa ja ohjelmaan 20:ssä. Lisäksi asiakkaat ovat arvioineet ohjelmaa kommentit-osiossa. Jälkiseurannan 18 kommentissa oli miltei poikkeuksetta kiitoksia ohjelmasta ja osallistumismahdollisuudesta, sillä monilta pelaaminen oli loppunut ohjelman vaikutuksesta ja sen kerrottiin muuttaneen osallistujan elämän. Kommenteissa ei ollut huonoa palautetta ohjelmasta, mutta niissä esitettiin kehittämiskohteita. Ohjelman toivottiin jatkuvan ja saavan lisäresursseja, ja vastaajien omien rahkeiden toivottiin kestävän ja pelaamattomuuden pysyvän. Hoito-ohjelman suorittaneet ovat toivoneet tavallisimmin lisää vuorovaikutusta: terapeutin tapaamista tai tiiviimpää sähköpostiviestintää hänen kanssaan. Terapeutin tapaamista toivotaan siksi, että sen arvioidaan helpottavan puhelinkeskusteluja. Vastaava henkilökohtaisen kontaktin tarve tukiryhmän tai terapeutin avulla on tullut esille myös ruotsalaisessa ohjelmassa.

Samoin kuin Ruotsissa (Bergström & Lundgren 2007), Suomessakin ehdotettiin chatin perustamista ohjelmaan osallistujille ja sen päättäneille, koska keskustelufoorumissa havaittiin puutteita. Kuten edellä moduulien sisältöä kuvaavassa luvussa todettiin, monet foorumille kirjoittaneista ovat toivoneet reaaliaikaista verkkokeskustelua myös hoito-ohjelman päätteeksi. Osa ohjelmaan osallistuneista on osallistunut keskusteluun ongelmapelaajille suunnatulla Päihdelinkin Valtti-verkostofoorumilla, mutta piti sitä liian yleisenä omiin tarpeisiinsa. Vastauksissa ehdotetaan kehitettäväksi myös muunlaisia vertaistukea, esimerkiksi mahdollisuutta keskustella nimettömänä. Vertaistuki on ollut tärkeä elementti Peli poikki-ohjelmassa, vaikka siihen kuuluu anonyymiys ja se toteutetaan suurimmalta osin ilman kasvokkaista vuorovaikutusta. Myös ryhmämuotoiseen kuntoutukseen osallistuneet ovat korostaneet ryhmän merkitystä ja keskeistä vaikutusta tavoitteiden saavuttamiselle (Huotari 2007, 51).

Jälkikyselyssä toivottiin, että kysymyssarjoissa otettaisiin paremmin huomioon asiakkaan tilanteiden vaihtelu, erityisesti se, että he ovat eri vaiheissa pelaamattomuudessaan. Esimerkiksi ohjelman alkuvaiheissa pelaamisen lopettaneille esitettäisiin erilaisia kysymyksiä kuin muille. Hoito-ohjelmiin osallistuneiden toive heidän yksilöllisten tarpeidensa ottamisesta paremmin huomioon on tullut esille myös muita hoitopalveluita arvioitaessa (Huotari 2008). Kuten Ruotsissa (Bergström & Lundgren 2007), myös Suomessa osa hoito-ohjelman suorittaneista on kokenut sen loppuneen liian jyrkästi ja kaivannut tiiviimpää jälkihoitoa ja seurantaa. Ohjelman suorittaneet toivoivat, että ohjelmaan pystyisi osallistumaan vapaammin ja puhelinaikoja voisi sopia joustavammin ilta-aikaan. Jälkitutkimuksen vastauksissa tuotiin esille tarve hankkia yhteistyökumppaneita muilta alueilta, jotta hoito olisi nykyistäkin tehokkaampaa. Lisäksi ehdotettiin, että osallistujille suositeltaisiin enemmän muitakin hoitokeinoja, mitä pidetään tärkeänä peliriippuvuuden helpottamiseksi. Pelaajien erilaisuus ja tarve kehittää erilaisia, myös ei-päihdeorientoituneita hoitoja on tullut esiin monissa tutkimuksissa (Murto 2005, 57–58). Tärkeänä on pidetty kehittää uusia hoitomenetelmiä, kuten hypnoosia, sekä tehostaa laitoshoidon jälkeistä hoitoa (Mielonen & Tiittanen 1999, 46–47). Te-

hokkaimpana keinona hoitaa ongelmapelaamista on pidetty yhdistelmähoitoa, jossa lomittuvat ammatillinen apu ja oma apu, yksilö- ja ryhmähoito sekä laitos- ja avohoito, ja on tärkeää, että hoitoyksiköt ovat tietoisia toistensa toimista (Poteri & Tourunen 1995, 55–60).

Peli poikki -ohjelman suorittaneet ovat korostaneet oman toimintansa ja aktiivisuutensa merkitystä ohjelmasta saatavalle hyödyille ja nimenneet sen yhdeksi kehittämiskohteeksi. Vastauksissa todettiin osallistumisen olevan vain itsestä kiinni. Kolme ohjelman suorittanutta olisi halunnut toimia itse aktiivisemmin ja yrittää saada hoidosta enemmän irti joko yleisesti tai kirjoittelemalla muiden hoitoon osallistuneiden kanssa. Myös aiemmissa tutkimuksissa pelaajat ovat korostaneet oman motivaation ja muutoshalun merkitystä (Mielonen & Tiittanen 1999, 42–46; Poteri & Tourunen 1995, 55–60).

Kuten jo edellä ohjelman huonoja piirteitä esittelevässä luvussa todettiin, hoitoon jonottaminen on ollut tärkein kritiikin kohde Peli poikki -ohjelmassa. Yhtä terapeutteja pidettiin riittämättömänä resurssina vastaamaan koko Suomen tarpeisiin. Ohjelmaan jonottavat pitivät tärkeänä jonkinlaista yhteydenpitoa pitkän odotuksen aikana, esimerkiksi terapeutin tai jonkun muun kanssa käytävää lyhyttä tilannekatsausta. Osa haastateltavista oli kiinnostunut vertaistuesta ja pelihaittojen ehkäisystä. He suunnittelivat laativansa rahapeliautomaattien vähentämistä vaativan adressin tai tarjoavansa myöhemmin, kuntouduttuaan itse ensin, vertaistukea muille ongelmapelaajille, joita jokainen haastateltava kertoi näkevänsä ja tunnistavansa rahapeliautomaattien luota.

Haastateltavilla oli myös rakenteellisesti ongelmapelaamista vähentäviä kehittämissuhteita. Tavallisimmin ehdotettiin ongelmapelaamisesta ja sen hoidosta tiedottamista sekä peliautomaattien vähentämistä ja sijoittamista kasinoihin eikä kauppoihin ja muihin julkisiin tiloihin, jotka on tarkoitettu muuhun kuin pelaamiseen. Peliautomaattien sijoittaminen ja niiden aiheuttamien haittojen vähentäminen on ollut vahvasti esillä myös kansainvälisessä peliongelmaseminaarissa, jossa on muun muassa Norjan kokemusten perusteella todettu kansallisen sääntelyn ja pelien saatavuuden rajoittamisen vähentäneen ongelmapelaamista (Jaakkola 2008c). Ohjelmaan hakeutuneet ja sen suorittaneet asiakkaat pitivät tiedotusta ongelmapelaajien hoidosta liian vähäisenä – esimerkiksi sanomalehdissä se on miltei olematonta, vaikka niillä on laaja levikki. Ongelmapelaamisesta kertovia esitteitä ja varoituksia näkyy vastaajien mielestä liian vähän tai ne puuttuvat kokonaan peliautomaattien luota. Julkista keskustelua pelaamisesta pidetään liian kritiikittömänä. Pelaamisesta kerrotaan liian positiiviseen sävyyn ja ongelmapelaamisesta tiedotetaan liian vähän. Vaikka pari haastateltavaa kertoi tietoa hoitomuodoista löytyvän internetistä hyvin, katsottiin ihmisen jäävän helposti hoitoa vailla, ellei hän käytä verkkopalveluita tai jos hän on heikossa henkisessä kunnossa. Esimerkiksi yksi masentunut haastateltava ei ollut jaksanut käydä itse hakemassa tarkempaa tietoa A-klinikalla suositelluista hoitopaikoista.

Lisäksi yleisenä kehittämiskohteena tuotiin esille tiedon ja osaamisen lisääminen peruspalveluissa ja niistä etenkin mielenterveyspalveluissa. Haastateltaville on ollut ongelma, ettei psykiatreilla ja psykologeilla ole ollut tietoa ongelmapelaamisen hoitamisesta eivätkä he ole osanneet ohjata asiakkaita hoitoon tai ottaa ongelmapelaamista huomioon muussa hoidossa. Lisäksi lääkäreiden asennoitumisen ongelmapelaamiseen on havaittu vaihtelevan. Monet olivat kokeneet ongelmapelaamisen vähättelyä tai vastuun pakoilua, jota yksi haastateltavista kuvasi pallon heittämiseksi takaisin hänelle huonokuntoiselle itselleen. Myös muissa arvioinneissa, selvityksissä ja tutkimuksissa ovat pelaajat pitäneet tärkeänä lisätä tietoa peliongelmiensa hoidosta ja ammattiavun saatavuudesta sekä keskustella ja tiedottaa pelaamisesta ja peliongelmistä tiedotusvälineissä (Huotari 2007, 43–44; Poteri ja Tourunen 1995, 36; Mielonen & Tiittanen 1999, 46–47). Asiakashaastatteluiden sanoma vahvistaa näkemyksiä siitä, että ongelmapelaamisen seulonnan tulisi kehittyä rutiiniksi ainakin mielenterveys- ja päihdehuollossa (Jaakkola 2008b).

Haastateltavat pitivät tärkeänä nostaa pelaamisen ikärajaa ja valvoa sen noudattamista ongelmien ennalta ehkäisemisen ja hoidon tuloksekkuuden kannalta. Vahvempaa pelaamisen valvontaa toivottiin myös aikuisille. A-klinikoiden toivottiin muuttavan nimensä riippuvuusklinikoiksi tai joksikin muuksi, joka ei leimaudu alkoholiin, sillä nyt nimeä pidettiin kynnyksenä hoitoon hakeutumiselle. Haastatteluissa toivottiin peliongelmiensa ehkäisemiseksi lisää harrastusmahdollisuuksia ns. varhaisvanhuksille, jotka hakevat eläköidyttyään mielekästä tekemistä. Heitä kiinnostaisi pelata seuran ja ajanvietteen vuoksi ilman rahapanosta tai torjua yksinäisyyttä iltaisin jollakin muulla tavoin.

Haastateltavat pohtivat myös peliongelmiensa hoidon rahoittamista, sillä monet olivat apua etsiessään kohdanneet hankaluuksia hoidon kustantamisessa. Joidenkin hoidosta maksoi kunta, tai työnantajan kanssa oli neuvoteltu kalliin hoidon kustantamisesta. Joukossa oli kuitenkin myös niitä, joiden hoitoon pääsy oli estynyt Kelan tai kotikunnan evättyä maksupyyntöä. Vastaajat toivoivat, että peliyhtiöt velvoitettaisiin osallistuman enemmän hoidon kustannuksiin. Maksujärjestelmien tulisi olla mahdollisimman selkeitä ja yksinkertaisia, jotta ne eivät vähentäisi hoitoon hakeutumista vielä nykyisestään.

Asiantuntijoiden arviot ohjelman toimivuudesta ja kehittämiskohteista

Arviointitehtävänä on myös ollut selvittää asiantuntijoiden näkemyksiä ohjelman toimivuudesta ja kehittämiskohteista. Koska keskeiset arviointikysymykset liittyvät ohjelman asiakkuuteen, asiantuntija-aineistoa on käytetty täydentämään asiakkaiden vastauksia, ja asiantuntijoiden arviot on esitelty tiiviisti keskeisiltä osin. Haastatelluilla asiantuntijoilla oli hyvin erilaisia yhteyksiä ohjelmaan. Tyypillistä oli, että Peli poikki -ohjelma tunnettiin nimeltä ja toimintamallista tiedettiin yleisesti, mutta tarkempaa tietoa sen toteutuksesta ei kaikilla ollut. Vaikkei kaikilla haastatelluilla ollut yksityiskohtaista tietoa Peli poikki -ohjelmasta, heidän näkemyksen-

sä olivat arviointitehtävän kannalta arvokkaita ja valaisivat erityisesti ohjelman niivoutumista palvelujärjestelmään sekä mallin soveltuvuutta Peli poikki -ohjelman keskeiselle asiakasryhmälle. Ne haastatellut, jotka tunsivat ohjelman tarkemmin, suhtautuivat siihen hyvin myönteisesti ja kuvasivat hoito-ohjelmaa jopa onnistuneimmaksi kokeiluksi rahapeliongelmiin hoitamisen saralla.

Ohjelma on koettu erittäin tarpeelliseksi, sillä vastaavaa valtakunnallista matkan osallistumiskynnyksen internet-pohjaista palvelua ei ole ollut Suomessa. Tärkeän lisän palvelutarjontaan siitä tekee mahdollisuus osallistua anonyymisti ja ajasta ja paikasta riippumatta sekä keskimäärin erittäin hyvä tavoitettavuus. Suomessa on todettu tarvetta erityisesti lyhytterapeuttisille avopalveluille (Huotari 2009; Heimonen 2005), joten Peli poikki -ohjelmaa pidetään tarpeellisenä osana ongelmapelaajien palveluissa. Ohjelman eri elementeistä koostuvaa kokonaisuutta – tehtäviä, verkkofoorumia ja terapeutin kanssa käytäviä puhelinkeskusteluja – pidetään toimivana kokonaisuutena ja asiakasseurantatietojärjestelmää hyvin kehittyneenä. Ohjelman tarpeellisuus ja sen hyvä vastaanotto asiakkaiden keskuudessa ovat osaltaan syynä siihen, kuinka hyvin sen tavoitteet on saavutettu.

Asiantuntijahaastattelut tiesivät ohjelman jonotustilanteesta. Heistä jonotus saattaa vähetä hakijoiden alkuinnostuksen jälkeen, mutta todennäköisemmin se kuitenkin kasvaa sitä mukaa kun markkinointi lisääntyy, ihmiset tulvat tietoisemmiksi asiasta ja muut ongelmapelaajien palvelut lisääntyvät. Jonotus tulkittiin tavallisesti myönteiseksi merkiksi hoito-ohjelman tarpeellisuudesta, ja jonosta poistumisen arveltiin osittain johtuvan kansainvälisissä tutkimuksissa havaitusta niin sanotusta spontaanista parantumisesta, joka tarkoittaa ongelmien katoamista ilman hoitopalvelua tai vertaistukea. Vaikka spontaani parantuminen on yleistä ja huomattavan osan ongelmapelaajista on havaittu paranevan omillaan (esim. Petry 2005, 161), joissakin tapauksissa se on saattanut olla harvinaista. Ryhmäkuntoutukselta tehdyn arvioinnin mukaan vain yhdellä osallistuneista oli viitteitä omaehtoisesta toipumisesta (Huotari 2007, 60). Asiantuntijahaastattelussa jonotusta ei pidetty pelkästään lievästi haitallisena asiana vaan selvänä palveluiden tavoitettavuuden ja tavoitteiden saavuttamisen esteenä. Haastattelussa viitattiin päihdepalveluiden laatusuositusten laadintaan osallistuneen Olavi Kaukosen korostamaan kriteeriin, jonka mukaan vain esteettömästi saavutettavat palvelut voivat olla laadukkaita ja vaikuttavia.

Ohjelman ei myöskään uskota soveltuvan kaikille eikä terapeuttisen työn ydintä voi tavoittaa kaikissa tapauksissa ilman kasvokkaista vuorovaikutusta. Sellaisille ongelmapelaajille, joiden ongelmana on yksinäisyys, internet-riippuvuus, moniongelmaisuus tai heikko kielitaito, pidettiin parempina vaihtoehtoina muita kuin tätä ohjelmaa, joka tarjoaa vain vähän vuorovaikutusta ja vertaistukea. Internet-pohjaista hoito-ohjelmaa ei pidetä mallina, joka voisi olla vallitseva, vaan Peli poikki -ohjelmaa pidettiin täydentävänä palveluna hoitopalvelujen kokonaisuudessa.

Tekniset ongelmat korostuivat asiantuntijahaastattelussa enemmän kuin asiakashaastattelussa. Asiakkaat todennäköisesti pohtivat enemmän mallin teknistä

toteutusta kirjautumisen ja verkkotyöskentelyn hitauden takia, kun asiantuntija-haastatteluissa ohjelmaa tarkastellaan laajemmasta hoitomenetelmien kehittämisen näkökulmasta. Raakileeksi kuvattua hoito-ohjelman versiota jouduttiin alkuvaiheessa muokkaamaan runsaasti, jotta se saatiin toimimaan, ja tämä vei aikaa asiakastyöltä. Lisäksi resurssit osoittautuvat riittämättömiksi: yksi terapeutti ei kyennyt vastaamaan kysyntään. Näiden ongelmien takia mallia ei ole voitu kokeilla rajoituksitta ja joustavasti, kuten ideaalisessa kehittämishankkeessa voitaisiin tehdä. Tekniset muutokset hoito-ohjelmaan on jouduttu tekemään Ruotsissa sijaitsevan palveluntuottajan avulla eikä kaikkia haluttuja muutoksia saatu aikaan, mikä on hidastanut ohjelman toimivuuden parantamista ja tavoitteiden saavuttamista.

Monissa haastatteluissa tuotin esille myös vaikeus arvioida hoito-ohjelmaa ilman tietoa sen tuloksista, sillä vasta niiden ja asiakaspalautteen avulla voi arvioida hoitopalveluiden lopullista toimivuutta. Ohjelma pidettiin kuitenkin periaatteessa hyvin kustannustehokkaana ja edellytyksiä sen jatkumiselle siksi realistisina.

5 ASIAKASVAIKUTUKSET

Tässä luvussa selvitetään arviointiaineiston avulla, millaisia vaikutuksia hoito-ohjelmalla on ollut asiakkaiden hyvinvointiin ja muiden palveluiden käyttöön sekä pohditaan hoito-ohjelman soveltuvuutta erityyppisille asiakkaille.

Luvussa esitetään vastauksia kysymyksiin

Millaisia vaikutuksia hoito-ohjelmalla on asiakkaiden hyvinvointiin?

- a. Millaisia konkreettisia elämänhallintaan liittyviä muutoksia hoito-ohjelman läpikäyminen on saanut asiakkaissa aikaan?
- b. Miten aikakestäviä nämä muutokset ovat olleet seurantajaksolla?

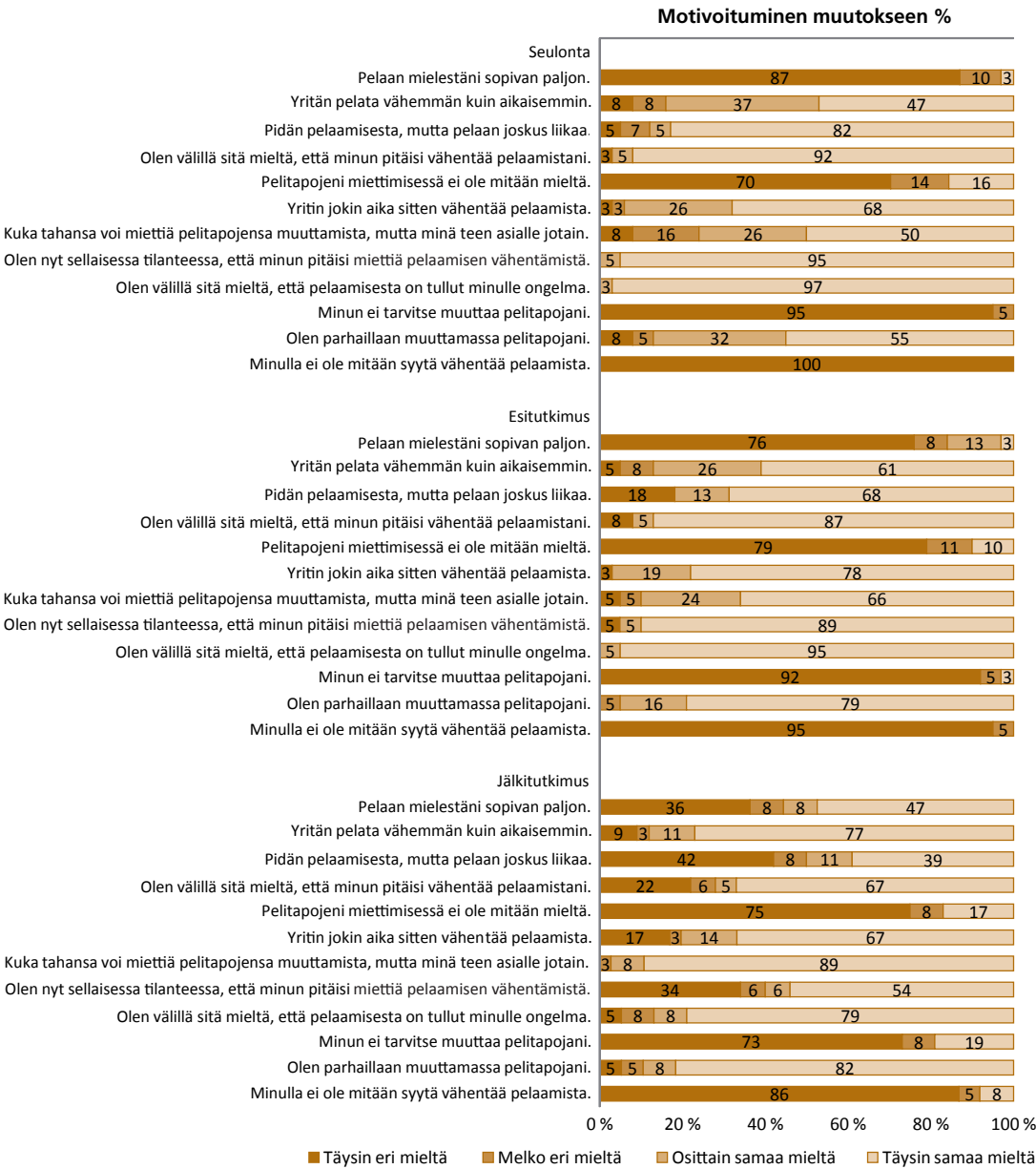
Minkä tyyppiselle asiakaskunnalle hoito-ohjelma soveltuu?

- a. Millaisia yksilöintejä on havaittavissa niissä osallistujissa, joille hoito-ohjelma on osoittautunut tulokselliseksi?
- b. Millaisia yksilöintejä on havaittavissa niissä osallistujissa, joille hoito-ohjelma ei ole tuottanut haluttuja tuloksia?

Ohjelman synnyttämät muutokset pelaamisessa

Pelaamiskäyttäytymisen muutokset

Kun vertaa toisiinsa pelaamista koskeviin kysymyksiin saatuja vastauksia ennen ohjelmaan osallistumista tehdyssä seulontatutkimuksessa ja jälkitutkimuksessa ohjelman tultua suoritetuksi, vastaajien tilanne on muuttunut useissa suhteissa (ks. kuvio 2). Ohjelman suorittaneista noin puolet pelasi mielestään sopivan paljon, kun seulontavaiheessa tätä mieltä oli muutama prosentti ja esitutkimusvaiheessa noin kymmenesosa. Seulontavaiheessa noin 80 % on täysin samaa mieltä oman pelaamisen liiallisuutta koskevan väittämän kanssa, kun enää noin 40 % hoito-ohjelman suorittaneista oli samaa mieltä. Jälkitutkimusvaiheessa noin 90 % koki ajattelevansa pelitapojensa muuttamista entistä enemmän, kun vastaavaa mieltä on ollut noin 70 % vastaajista esitutkimuksen suorittamisen aikana ja puolet seulonnassa. Noin 80 % ohjelman suorittaneista on yrittänyt vähentää pelaamistaan erittäin paljon, kun täysin samaa mieltä väittämän kanssa on ollut noin 60 % esitutkimuksen suorittamisen aikana ja noin puolet seulontavaiheessa.



KUVIO 2. Motivoituminen muutokseen ohjelman suorittaneilla (lkm = 40)

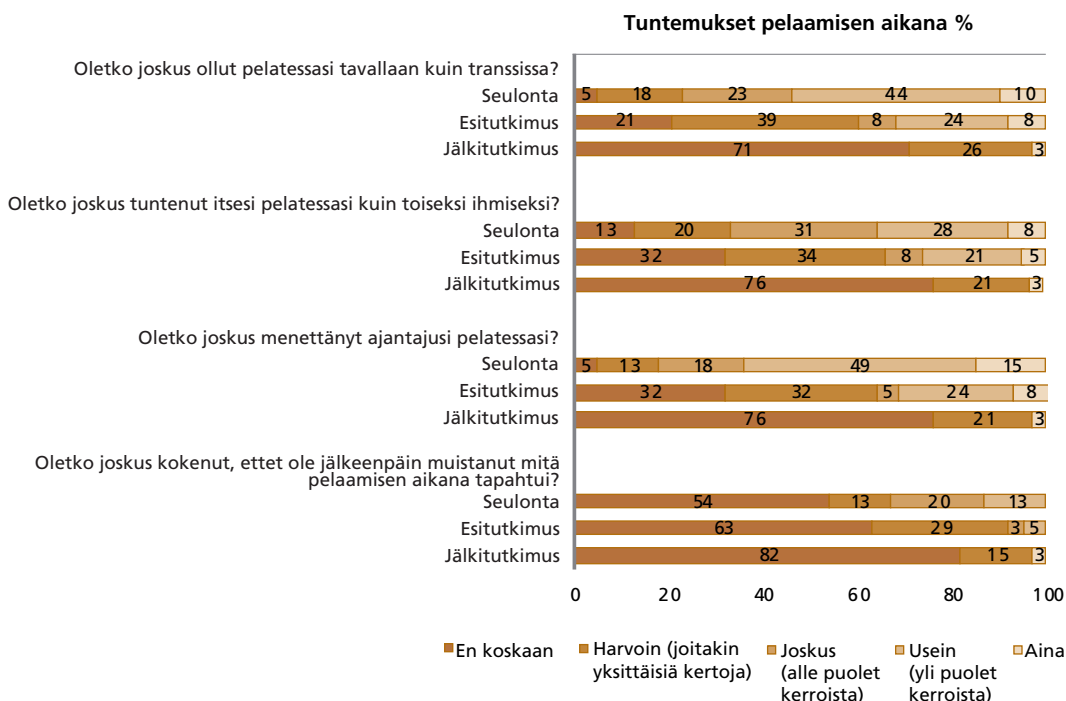
Peli poikki -ohjelman kyselylomakkeessa on kysymyspatteristoja vastaajan pelaamista koskevista käsityksistä. Näitä käsityksiä kutsutaan myös ns. kognitiivisiksi harhoiksi ja ne ovat suoria peliriippuvuuden riskitekijöitä. Jälkitutkimuksessa vastaukset poikkeavat selvästi seulonta- ja esitutkimusvaiheissa annetuista, mikä

kertoo osallistujien kognitiivisten harhojen vähenemisestä. Tätä muutosta kuvaamaan on taulukkoon 11 koottu osa pidemmän kysymyspatteriston kysymyksistä. Vastauksista näkyy, kuinka suhtautuminen pelaamiseen on muuttunut.

TAULUKKO 11. Pelaamista koskevia käsityksiä %

	Seulonta %		Esitutkimus %		Jälkitutkimus %	
Kuvittele, että olet hävinnyt neljä kertaa peräkkäin pelaatessasi lempipeliäsi. Miten ajattelet seuraavasta pelikerasta?	Nyt minulla on paremmat mahdollisuudet voittaa.	Mahdollisuuteni voittaa on yhtä hyvä kuin tavallisesti.	Nyt minulla on paremmat mahdollisuudet voittaa.	Mahdollisuuteni voittaa on yhtä hyvä kuin tavallisesti.	Nyt minulla on paremmat mahdollisuudet voittaa.	Mahdollisuuteni voittaa on yhtä hyvä kuin tavallisesti.
	54	46	50	50	15	85
Kuvittele, että olet pelannut lempipeliäsi jonkin aikaa.	Ajattelen yleensä voittomahdollisuuksistani samalla tavalla koko pelin ajan.	Ajattelen yleensä, että voittomahdollisuuteni kasvavat pelin kestäessä ja voitan juuri tällä kertalla.	Ajattelen yleensä voittomahdollisuuksistani samalla tavalla koko pelin ajan.	Ajattelen yleensä, että voittomahdollisuuteni kasvavat pelin kestäessä ja voitan juuri tällä kertalla.	Ajattelen yleensä voittomahdollisuuksistani samalla tavalla koko pelin ajan.	Ajattelen yleensä, että voittomahdollisuuteni kasvavat pelin kestäessä ja voitan juuri tällä kertalla.
	38	62	45	55	67	33
Joinakin päivinä voin ennakolta aavistaa voittavani lempipelissäni.	Ei pidä paikkaansa.	Pitää paikkansa.	Ei pidä paikkaansa.	Pitää paikkansa.	Ei pidä paikkaansa.	Pitää paikkansa.
	62	38	63	37	92	8
Kun pelaat lempipeliäsi, mihin pelaamisesi pääasiassa perustuu?	Taitoihin ja kokemukseeni	Onneen tai ei mihinkään erityiseen	Taitoihin ja kokemukseeni	Onneen tai ei mihinkään erityiseen	Taitoihin ja kokemukseeni	Onneen tai ei mihinkään erityiseen
	33	67	32	68	15	85
Mitä mieltä olet lempipelistäsi?	En oikeastaan voi vaikuttaa voittomahdollisuuksiini.	Voin taitavuudella ja muulla tavalla vaikuttaa voittomahdollisuuksiini.	En oikeastaan voi vaikuttaa voittomahdollisuuksiini.	Voin taitavuudella ja muulla tavalla vaikuttaa voittomahdollisuuksiini.	En oikeastaan voi vaikuttaa voittomahdollisuuksiini.	Voin taitavuudella ja muulla tavalla vaikuttaa voittomahdollisuuksiini.
	59	41	66	34	82	18

Ohjelma on vähentänyt jyrkästi niiden määrää, jotka tuntevat pelatessaan olevansa transsissa, samoin niiden jotka pelatessaan tuntevat itsensä toiseksi henkilöksi tai kadottavat ajantajunsa tai myöhemmin unohtavat pelatessa tapahtuneita asioita (ks. kuvio 3). Pelattaessa ei siis enää koeta hallitsemattomia tunteita, joita vielä seulontavaiheessa on ollut merkittävällä osalla vastaajista.



KUVIO 3. Tuntemukset pelaamisen aikana (lkm ~ 35)

NODS-mittariston kysymyspatteristossa ovat prosenttiyksiköillä mitattuna eniten muuttuneet seulonta- ja jälkitutkimusvaiheiden välillä

- pelaamisen rahoittaminen,
- hävittyjen rahojen takaisin pelaamisen jaksot,
- pelaamisen tai tulevan pelaamisen suunnitteluun käytettävä aika,
- panosten lisääminen saman jännityksen tuntemiseksi sekä
- epäonnistuminen pelaamisen lopettamista tai hallintaan saamista koskevilla ajatuksissa (ks. taulukko 12).

TAULUKKO 12. NODS:n osa-alueet eri vaiheissa ohjelman suorittaneilla % (Ikä ~ 39)

	Kahden viimeksi kuluneen kuukauden aikana		
	Seulonta %	Esitutkimus %	Jälkitutkimus %
Onko sinulla ollut vähintään kaksi viikkoa kestäviä jaksoja, joiden aikana olet käyttänyt paljon aikaa pelaamisesi miettimiseen tai tulevan pelaamisen suunnitteluun?	85	67	18
Onko sinulla ollut vähintään kaksi viikkoa kestäviä jaksoja, joiden aikana olet käyttänyt paljon aikaa pelaamisesi rahoittamisen miettimiseen?	82	51	5
Onko sinulla ollut jaksoja, joiden aikana sinun on pitänyt lisätä panoksiasi voidaksesi tuntea yhtä paljon jännitystä kuin aikaisemmin?	77	54	10
Oletko yrittänyt lopettaa pelaamisen tai vähentää sitä tai saada pelaamisen hallintaasi?	97	97	72
Oletko tuntenut itsesi levottomaksi tai ärtyneeksi yhden tai useamman kerran, kun olet yrittänyt rajoittaa pelaamistasi tai lopettaa sen?	95	83	55
Oletko yrittänyt lopettaa pelaamisen tai vähentää sitä tai saada pelaamisen hallintaasi siinä kuitenkaan onnistumatta?	97	82	30
Onko näin tapahtunut vähintään kolme kertaa mainitun tarkasteluajanjakson aikana?	77	63	100
Oletko yrittänyt paeta henkilökohtaisia ongelmiasi pelaamiseen?	69	44	18
Oletko pelannut lievittääksesi epämiellyttäviä tunteita, kuten syyllisyyden, ahdistuksen, avuttomuuden tai masennuksen tunnetta?	82	54	23
Onko sinulla ollut jaksoja, jolloin olet hävinnyt pelissä yhtenä päivänä ja toisena päivänä yrittänyt voittaa menettämiäsi rahat takaisin?	95	82	18
Oletko useammin kuin kerran valehdellut perheenjäsenillesi, ystävillesi tai muille henkilöille siitä, miten paljon olet pelannut tai menettänyt rahaa pelatessasi?	74	49	18
Onko näin tapahtunut vähintään kolme kertaa mainitun tarkasteluajanjakson aikana?	70	45	13
Oletko varastanut tai huijannut itsellesi rahaa perheenjäseniltäsi tai muilta henkilöiltä rahoittaaksesi pelaamisesi?	28	18	8
Onko pelaamisesi aiheuttanut vakavia tai toistuvia ongelmia joissakin perhe- tai ystävyys-suhteissasi?	50	49	8
Onko pelaamisesi aiheuttanut sinulle ongelmia koulussa? Oletko esimerkiksi pinnannut tunteita tai ollut poissa kokonaisia päiviä tai saanut huonompia arvosanoja?	29	29	21
Onko pelaamisesi aiheuttanut sen, että olet menettänyt työpaikkasi, saanut ongelmia töissä tai menettänyt mahdollisuuden parempaan työhön tai urakehitykseen?	19	12	9
Onko sinun täytynyt pyytää perheenjäseniäsi tai muita henkilöitä lainaamaan sinulle rahaa selvittääksesi pääasiassa pelaamisesi johtuvasta taloudellisesta kriisistä?	51	46	20

Ohjelman suorittaneiden pelihimo on kaikilta osin vähentynyt tilastollisesti erittäin merkitsevästi (ks. taulukko 13). Pelihimo on ollut seulontavaiheessa noin 9 asteikolla 1–10, kun se jälkitutkimusvaiheessa on keskimäärin 6. Ennen hoito-ohjelmaa koetaan voimakkainta pelihimoa keskimäärin kolme kertaa viikossa, kun ohjelman jälkeen sitä on koettu noin kerran viikossa. Myös kyky vastustaa pelihimoa on kasvanut merkittävästi. Kun ennen hoito-ohjelmaa pelihimoa kyettiin vastustamaan heikosti, noin 4:n arvoisesti, hoidon jälkeen kyky arvioitiin miltei 9:ksi.

TAULUKKO 13. Ohjelmaan osallistuneiden pelihimon muutos (keskiarvo¹ ja keskihajonta kolmena arviointiajankohtana)

Kysymys	Lukumäärä	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
Arvioi asteikolla yhdestä kymmeneen, miten vahva pelihimosi on, kun se on voimakkaimmillaan.					
Seulontatutkimus	38	6	10	9,18	0,95
Esitutkimus	37	5	10	8,81	1,27
Jälkitutkimus	40	1	10	6,10	2,76
Miten usein pelihimosi on näin voimakas? Kertaa viikossa.					
Seulontatutkimus	38	0	7	2,99	1,92
Esitutkimus	36	0	7	2,24	1,74
Jälkitutkimus	33	0	7	1,29	1,28
Arvioi asteikolla yhdestä kymmeneen, miten hyvin pystyt tällä hetkellä vastustamaan pelihimoasi.					
Seulontatutkimus	38	1	10	4,03	2,43
Esitutkimus	37	2	10	5,51	2,60
Jälkitutkimus	40	2	10	8,68	2,00

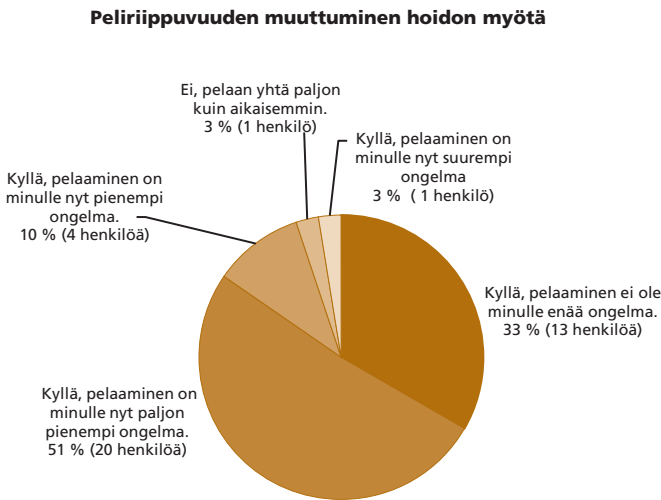
¹ Tilastollisesti merkitsevät keskiarvojen erot tummennettu. Parittaisten erojen vertailuryhmä on jälkitutkimus.

Peliriippuvuuden muutokset¹¹

Ohjelmaan osallistuneilta on tiedusteltu subjektiivisia kokemuksia Peli poikki -ohjelman tuomista muutoksista. Vastaajista 94 % kokee pelaamisensa muuttuneen myönteiseen suuntaan osallistumisen ansiosta. Noin kolmasosa arvioi ongelmapelaamisen loppuneen ohjelman vaikutuksesta, ja kaksi kolmasosaa tuntee pelaamisen pienemmäksi tai paljon pienemmäksi ongelmaksi (ks. kuvio 4).

¹¹ Raportin ongelmapelaamisessa tapahtuneita muutoksia kuvaavassa luvussa on käytetty käsitettä peliriippuvuus siksi että sitä käytetään asiakkaiden täyttämässä lomakkeissa.

Koska on vaikea arvioida erilaisten hoitomenetelmien vaikuttavuutta (ks. Halme & Tammi 2008), ei kysymykseen Peli poikki -ohjelman vaikuttavuudesta muihin hoito-ohjelmiin verrattuna voida antaa täsmällistä vastausta. Erilaisten hoito-ohjelmien tuloksia vertailtaessa ja johtopäätöksiä tulkittaessa on syytä olla varovainen, sillä niiden tavoitteet ja asiakaskunta ovat erilaisia. Peli poikki -ohjelman tulokset näyttävät kuitenkin hyviltä verrattuna muiden Suomessa toteutettujen ja arvioitujen hoitomuotojen asiakastuloksiin. Rapeli-yhteisöhoidon jälkiseurantakyselyyn vastanneista 46 asiakkaasta 71,7 % oli onnistunut vähentämään pelaamista kolmen viime kuukauden aikana, 15,2 % ei ollut pelannut lainkaan, 6,5 % pelasi kuten ennenkin ja 6,5 % entistä enemmän (Ahonen 2008, 34). Sosiaalipedagogisen säätiön ryhmämuotoisessa kuntoutuskokeilussa pelaamisen oli lopettanut kokonaan 24 % arviointikyselyyn vastanneista. Useimmat olivat pelanneet edelleen, mutta kokeneet hallitsevansa pelaamisen nyt paremmin (Huotari 2007, 54–57).



KUVIO 4. Peliriippuvuuden muutos hoidon ansiosta (lk = 39)

Aiemmin hoito-ohjelmista tehtyjen arviointien mukaan ihminen onnistuu lopettamaan pelaamisen sitä paremmin mitä vähemmän hänellä on ollut muita ongelmia. Muissakaan hoitomenetelmissä moniongelmaiset asiakkaat eivät ole saaneet hyviä tuloksia silloinkaan kun muut ovat saaneet niitä nopeasti. Syitä tähän ovat riippuvuuden pitkä kesto, ajattelu- ja arvomuutosten hitaus tai psyykkiset ongelmat. (Huotari 2007, 54–57; Poteri ja Tourunen 1995, 55–60.) Tässä arviointitutkimuksessa ei ole moniongelmaisuuksia kuvaavia indikaattoreita, mutta tuloksia esitetään erilaisten taustatekijöiden mukaisesti, jotta nähtäisiin, millaisille kohderyhmille hoito näyttäisi toimivan paremmin.

Taulukossa 14 esitettävän itsearvion perusteella naiset olivat hieman miehiä useammin sitä mieltä, ettei pelaaminen ole enää ongelma. Miehiä olivatkin kaikki, jotka eivät pelanneet entistä vähemmän tai joiden pelaaminen oli muuttunut aiempaa suuremmaksi ongelmaksi. Noin kolmasosa miehistä ja kaksi viidesosaa naisista koki jälkitutkimuksen aikana, ettei pelaaminen ole enää ongelma.

TAULUKKO 14. Peliriippuvuuden muutokset hoidossa sukupuolen mukaan %

	Mies	Nainen
Kyllä, pelaaminen ei ole minulle enää ongelma.	31	40
Kyllä, pelaaminen on minulle nyt paljon pienempi ongelma.	52	50
Kyllä, pelaaminen on minulle nyt pienempi ongelma.	10	10
Ei, pelaan yhtä paljon kuin aikaisemmin.	3	0
Kyllä, pelaaminen on minulle nyt suurempi ongelma	3	0
Yhteensä vastaajia lukumäärä	29	10

Ikäryhmittäin tarkasteltuna pelaaminen ei ole ongelma yleisimmin yli 35-vuotiaille ohjelman läpikäyneille. Heistä noin 40 % kertoo ongelmapelaamisen olevan jälkitutkimuksen aikaan ohitse. Samaa mieltä on vajaa kolmasosa nuorempiin ikäryhmiin kuuluvista vastaajista (ks. taulukko 15).

TAULUKKO 15. Hoidon synnyttämät muutokset peliriippuvuudessa iän mukaan %

	18–25- vuotiaat %	26–35- vuotiaat %	yli 35- vuotiaat %
Kyllä, pelaaminen ei ole minulle enää ongelma.	29	27	41
Kyllä, pelaaminen on minulle nyt paljon pienempi ongelma.	57	67	35
Kyllä, pelaaminen on minulle nyt pienempi ongelma.	0	0	24
Ei, pelaan yhtä paljon kuin aikaisemmin.	14	0	0
Kyllä, pelaaminen on minulle nyt suurempi ongelma	0	7	0
Yhteensä vastaajia lukumäärä	7	15	17

Koulutus ja asema työmarkkinoilla (onko työssä, opiskelija tai aktiivitoiminnan ulkopuolella) ei aineiston mukaan vaikuttanut siihen, kuinka yleisesti vastaajat onnistuivat lopettaman ongelmapelaamisen. Vaikka ohjelma on koettu raskaaksi, sen voi tulosten perusteella päätellä sopivan hyvin juuri tyypillisille asiakkailleen, jotka käyvät töissä ja elävät ruuhkavuosiaan. Myöskään peliongelma-ikäisten kärsimisen vuosilla ei näytä olevan yhteyttä kokemukseen, että nuo vuodet ovat menneet ohi, mikä on poikkeava havainto verrattuna tutkimustuloksiin riippuvuuden keston ja hoidon vaikeuden yhteydestä.

Ongelmapelaamista oli pystytty vähentämään sitä yleisemmin mitä pienemmillä rahamäärillä oli pelattu ja mitä myöhemmin oli alettu pelata. Jälkitutkimuksen aikaan oli 47 % niistä, joiden mielestä pelaaminen ei enää ollut heille ongelma, pelannut alle 100 eurolla pelikertaa kohti, kun keskimäärin yli 100 eurolla kerralla pelanneista 26 % oli tätä mieltä. Myös alle 200 eurolla kuukaudessa seulonnan aikaan pelanneista oli useampi (44 %) päässyt ohjelman aikana pelaamisesta eroon kuin enemmän pelanneista (29 %). Pelaaminen ei ollut enää ongelma 25 %:lle niistä, jotka olivat aloittaneet jo alaikäisinä, kun yli 18-vuotiaana aloittaneista pelaamisongelma oli jälkitutkimuksen aikaan ohitse 41 %:lla.

Pelaamistaan eivät ole lopettaneet ohjelman aikana vain ne, jotka olisivat siihen lähtiessään tunteneet olonsa ja taloudellisen tilanteensa paremmiksi kuin muut. Peliongelman omasta mielestään voittaneet olivat alkuvaiheessa kokeneet psyykkisen terveydentilan erittäin hyväksi, hyväksi tai huonoksi, fyysisen olonsa ja taloudellisen tilanteensa niin ikään hyväksi tai huonoksi. Pelaamisesta irti päässeillä ei myöskään hoitoon hakeutuessaan ollut ympärillään sosiaalista tukiverkostoa, vaan tavallisimmin he olivat niitä asiakkaita, joilla sitä ei ollut. Muiden palveluiden käyttö ei vaikuttanut siihen, pääsikö asiakas ongelmasta irti. Jälkitutkimuksen perusteella ei peliongelman voittamiseen vaikuttanut se, onko asiakas ollut samaan aikaan muussa hoidossa. Suurta eroa ei aiheuttanut sekään, oliko pelaamiseen haettu apua aiemmin. Nämä havainnot eivät ole ristiriidassa sen kanssa, että asiakkaat olivat katsoneet ohjelman edellyttävän tukiverkostoja ja -palveluita, vaan havainnot kertovat pikemminkin ihmisten hoitopolkujen yksilöllisyydestä ja yksilöllisistä eroista tuen tarpeissa.

Seuraavassa on otteita ohjelman verkkofoorumilta, jonne asiakkaat kirjoittavat kommenttejaan viikkotehtävistä. Otteet kuvaavat hyvin osallistujien tyypillisiä mietteitä ohjelman eri vaiheissa.

Tästä pitää päästä eroon.

Toivon että tällä ohjelmalla saisin elämäni raiteilleen tältä osin.

Helpoksi sitä ei ole tehty ja helpoksi sitä ei ole tarkoitettukaan. Jos todellakin meinaa pelaamisen lopettaa, siinä on mieli ja ruumis kovalla kokeuksella pitkän aikaa.

Elämässäni on tullut liian monta retkahdusta, nyt on uuden alun aika!

Onnistuminen luo uusia onnistumisia.

Elämä hymyilee ja jaksaa paremmin päivästä toiseen. Edelleen ajatus on, että menen eteenpäin päivä kerrallaan. Silti elämässä pitää olla tavoitteita ja suunnitelmia.

Ohjelman vaikuttavuutta on arvioitu kolmella osa-alueella tapahtuneiden muutosten suhteen kahtena tai kolmena eri ajankohtana niiden osalta, jotka ovat osallistuneet ohjelmaan ($lkm = 40$). Muutoksen arviointiin on käytetty keskiarvoja ja keskihajontoja. Eri mittausten välillä tapahtuneen muutoksen tilastollista merkittävyyttä on tarkasteltu Wilcoxonin merkkitestillä havaintojen parametrittomuuden takia (ks. esim. Metsämuuronen 2004). Testin avulla on vertailtu toistettujen mittausten parittaisia tunnuslukuja. Koska testi perustuu kahden muuttujan väliseen suuruuseroon, on pareiksi valittu jälkitutkimuksen ja seulontatutkimuksen sekä jälkitutkimuksen ja esitutkimuksen mittarit. Kaikki tilastollisesti merkitsevät tunnusluvut on merkitty taulukoihin tummennettuina ($p = 0,05$). Muita tunnuslukuja voi pitää suuntaa-antavina. Ne on otettu mukaan yleiskuvaa antamaan. Naisten osuus ohjelman suorittaneista on 10 vastaajaa, joten naisten osalta merkitsevyystasot ovat alhaisemmat kuin miesten.

Tulosten perusteella ohjelmaan pääsy on vähentänyt pelaamista jo seulonnan ja esitutkimuksen välillä, sillä ongelmapelaamista mittaavat NODS-pisteet ovat laskeneet selvästi sekä miesten että naisten osalta niiden kahden kuukauden aikana, jotka ohjelmaan hyväksymisestä meni terapeutille pääsyyn. Keskiarvotarkastelun mukaan Peli poikki -ohjelman suorittaneiden NODS-pisteet ovat laskeneet jokaisessa vaiheessa tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Seulontavaiheessa, ennen ohjelman aloittamista oli kahden kuukauden NODS-lukema keskimäärin 7,3 ja ohjelman tultua suoritetuksi 3,3. Kahden kuukauden aikajakson NODS-mittareilla tarkasteltuna peliriippuvia oli asiakkaita seulontavaiheessa 97 % ja jälkitutkimusvaiheessa ohjelman jälkeen 40 %. (ks. liitetaulukko 2)

Kuten taulukosta 16 ilmenee, NODS-pistein mitattuna miesten peliriippuvuus väheni enemmän kuin naisten. Subjekttiivisen kokemuksen mittareilla tarkasteltuna naiset kuitenkin kokevat päässeensä pelaamisesta eroon ohjelman aikana useammin kuin miehet, vaikka heidän NODS-pisteensä olivat hieman korkeammat. Hallinnan tunne oli lisääntynyt eivätkä nekään enää kokeneet pelaamista ongelmaksi, jotka yhä pelasivat hoidon jälkeen. Nämä tulokset ovat yhteneviä muiden hoito-ohjelmien arvioinneissa tehtyjen havaintojen kanssa (esim. Huotari 2007, 54–57).

TAULUKKO 16. Pelimittarien keskiarvot ja keskihajonnat sukupuolen mukaan¹

Mittari NODS (max 10, ongelmapelaaja 3-4, peliriippuvainen 5-10)	Ohjelmaan osallistuneet (lkm = 40)						Ohjelmaan jonottavat tai ohjelmassa olevat (lkm = 53)					
	Keskiarvo			Keskihajonta			Keskiarvo			Keskihajonta		
	Kaikki	Naiset (lkm = 10)	Miehet (lkm = 30)	Kaikki	Naiset	Miehet	Kaikki	Naiset (lkm = 12)	Miehet (lkm = 43)	Kaikki	Naiset	Miehet
Pelaaminen (NODS 2kk)												
Seulonta	7,34	6,89	7,52	1,75	1,76	1,75	7,81	7,67	7,84	2,27	2,73	2,22
Esitutkimus	6,41	5,71	6,65	2,44	2,81	2,32	6,87	6,44	7,00	2,39	2,51	2,38
Jälkitutkimus	3,33	4,00	3,23	3,35	1,41	3,59						
Pelaaminen (NODS 12kk)												
Seulonta	7,94	7,20	8,24	1,37	1,03	1,39	8,35	7,33	8,59	1,49	1,73	1,34
Esitutkimus	7,63	7,40	7,72	1,65	1,78	1,62	8,24	7,44	8,44	1,74	1,67	1,74

¹ Tilastollisesti merkitsevät tummennettu (p = 0,05).

Taulukko 17 osoittaa, että ohjelmaan osallistuneiden NODS-pisteet kasvavat sitä suuremmiksi mitä vanhempia he ovat. Parhaat lopputulokset ovat 26–35-vuotiailla asiakkailla, heidän NODS-pisteidensä keskiarvo on laskenut seulontavaiheen 7,4:stä jälkitutkimusvaiheen 2,5:een. Tässä ikäluokassa kehitys näkyy jo esitutkimusvaiheessa, jolloin ohjelmaan päässeet ovat jo alkaneet siirtyä peliriippuvuudesta riskialttiisti pelaavien ryhmään. Korkeimmat NODS-pisteet jäävät ohjelmaan osallistumisen jälkeen nuorimmalle ikäryhmälle, alle 25-vuotiaille. Siihen kuuluvilla on miehistä korkeimmat peliriippuvuusmittarin lukemat. Naisista korkeimmat NODS-pisteiden keskiarvot jäävät puolestaan vanhimmille, yli 35-vuotiaille. Ikäryhmästä vajaa viidesosa on siirtynyt peliongelmattomien ryhmään, kun muissa ikäluokissa heitä on puolet. (ks. liitetaulukko 3)

TAULUKKO 17. Ohjelmaan osallistuneiden pelimittarien keskiarvot ja keskihajonnat ikäryhmittäin¹

Mittari		Keskiarvo			Keskihajonta		
		Kaikki (lkm = 40)	Naiset (lkm = 10)	Miehet (lkm = 30)	Kaikki	Naiset	Miehet
Pelaaminen (NODS 2kk)	Seulonta kaikki	7,34	6,89	7,52	1,75	1,76	1,75
	18–25-vuotiaat (lkm = 8)	7,00	4,00	7,50	2,00	.	1,64
	26–35-vuotiaat (lkm = 15)	7,40	6,75	7,64	1,88	2,06	1,86
	yli 35-vuotiaat (lkm = 17)	7,50	7,75	7,33	1,51	0,50	1,97
	Esitutkimus kaikki	6,41	5,71	6,65	2,44	2,81	2,32
	18–25-vuotiaat	6,83	6,00	7,00	1,47	.	1,58
	26–35-vuotiaat	5,50	4,50	5,83	3,12	4,95	2,86
	yli 35-vuotiaat	6,77	6,25	7,00	2,35	2,50	2,40
	Jälkitutkimus kaikki	3,33	4,00	3,23	3,35	1,41	3,59
	18–25-vuotiaat	3,80	3,00	4,00	4,09	.	4,69
	26–35-vuotiaat	2,50		2,50	4,36	.	4,36
	yli 35-vuotiaat	3,50	5,00	3,20	2,43	.	2,59
Pelaaminen (NODS 12kk)	Seulonta kaikki	7,94	7,20	8,24	1,37	1,03	1,39
	18–25-vuotiaat	8,43	7,00	8,67	1,13	.	1,03
	26–35-vuotiaat	7,87	7,25	8,09	1,55	1,50	1,58
	yli 35-vuotiaat	7,77	7,20	8,13	1,30	0,84	1,46
	Esitutkimus kaikki	7,63	7,40	7,72	1,65	1,78	1,62
	18–25-vuotiaat	8,33	9,00	8,20	0,82	.	0,84
	26–35-vuotiaat	7,53	7,50	7,55	1,68	1,73	1,75
	yli 35-vuotiaat	7,43	7,00	7,67	1,87	2,00	1,87

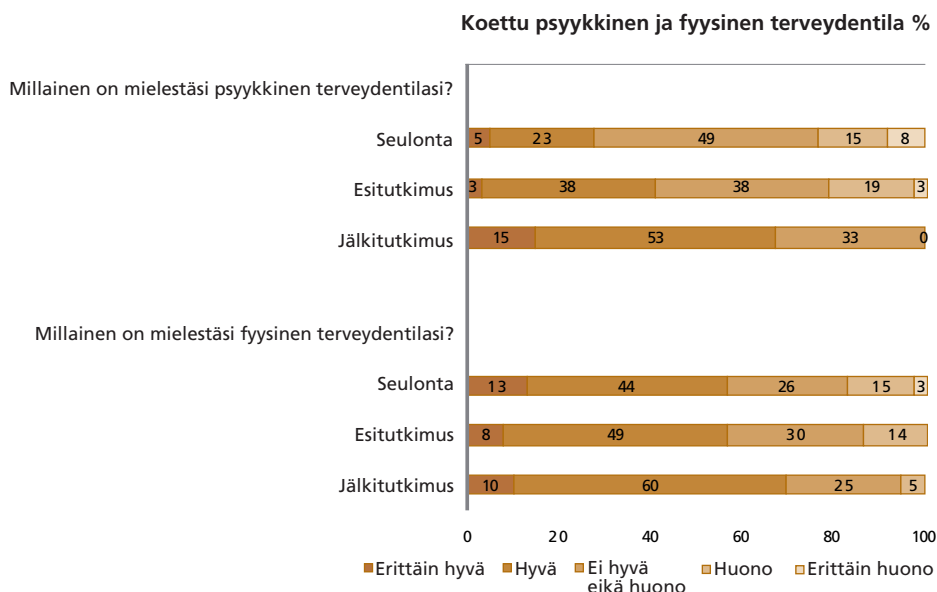
¹ Tilastollisesti merkitsevät tummennettu (p = 0,05).

Ohjelman synnyttämät muutokset osallistujien hyvinvoinnissa

Henkinen ja fyysinen hyvinvointi

Peli poikki -ohjelmaan hakeutuneet ovat kokeneet psyykkisen terveydentilansa huonommaksi kuin puhelinpalvelu Peluuriin soittaneet, mutta paremmaksi kuin Sosiaalipedagogiikan säätöön ryhmäkuntoutukseen osallistuneet. Peluuri-palveluun soittaneista mielenterveysongelmia on ollut vähintään 14 %:lla (Jaakkola 2008a)¹² ja Sosiaalipedagogiikan kuntoutukseen osallistuneista noin 40 %:lla (Huotari 2007, 45), kun taas Peli poikki -ohjelmaan hakeutuneista on henkisen terveydentilansa kokenut huonoksi 23 % (ks. kuvio 5). Seulonnan ja jälkitutkimusvaiheiden tuloksia toisiinsa vertaamalla havaitsee, että psyykkisen ja fyysisen terveydentilansa hyväksi kokevien pelaajien osuus on noussut selvästi ohjelman aikana. Asiakkaiden psyykkinen terveydentila oli kohentunut enemmän kuin fyysinen, vaikka myös se on parantunut. Osallistujien psyykkinen hyvinvointi oli parantunut jo seulonnan ja esitutkimuksen välillä. Peli poikki -ohjelman suorittaneiden fyysinen ja psyykkinen terveys oli kohentunut vahvemmin kuin Rapeli-yhteisöhoiton asiakkaiden. Peli poikki -ohjelman suorittaneiden henkinen ja fyysinen tilanne ei ollut heikentynyt hoidon alkuvaiheen jälkeen. Myös terveydentilansa muuttumattomaksi kokeneiden osuus on ollut vähäisempi kuin yhteisöhoitoasiakkaiden vastaava osuus etenkin psyykkisen terveydentilan osalta. (Ks. Ahonen 2008, 36–37.)

¹² Peluuri-puhelinpalveluun soittaneilta ei tiedustella systemaattisesti heidän mielenterveys- ja päihdeongelmistaan, ja kysymyksetkin ovat erilaisia. Tulokset eivät siksi ole yksiselitteisesti vertailtavissa. Lukemat on kuitenkin haluttu esittää tietynlaisena viitteellisenä vertailukohtana Peluuri-palveluun sijoittuvan hoito-ohjelman asiakkaiden profiloimiseksi.



KUVIO 5. Koettu psyykkinen ja fyysinen terveydentila ohjelman suorittaneilla (lkm ~ 38)

Peli poikki -ohjelman suorittaneet naiset ovat kokeneet seulontavaiheessa psyykkisen terveydentilansa huonoksi tai erittäin huonoksi useammin kuin miehet (30 % naisista ja 20 % miehistä). Jälkitutkimuksen aikaan kukaan ei kokenut psyykkistä terveydentilaansa huonoksi. Naisten henkinen pahoinvointi on vaihtunut ohjelman aikana erittäin hyväksi tai hyväksi psyykkisen terveyden tilaksi useammin kuin miesten. Tällaiseksi vointinsa arvioi ohjelman jälkeen 90 % naisista ja 60 % miehistä. (Ks. taulukko 18.) Peli poikki -ohjelman tulokset vastasivat näiltä osin muissa suomalaisissa ja kansainvälisissä arvioinneissa saatuja. Muun muassa Rapeli-yhteisöhoitoon osallistuneet naiset olivat kokeneet suurempia henkisiä ja psykologisia muutoksia kuin miehet. Tämän on kansainvälisissä tutkimuksissa arvioitu johtuvan siitä, että naiset hakeutuvat hoitoon myöhemmin ja oirehtivat hoidon alkuvaiheessa enemmän psyykkisesti. (Halinen 2008, 65–66.)

TAULUKKO 18. Psyykkisen ja fyysisen terveydentila sukupuolen mukaan ohjelman suorittaneilla eri vaiheissa % (Ikä ~ 38)

		Millainen on mielestäsi psyykkinen terveydentilasi? %					Millainen on mielestäsi fyysinen terveydentilasi? %				
		Erittäin hyvä	Hyvä	Ei hyvä eikä huono	Huono	Erittäin huono	Erittäin hyvä	Hyvä	Ei hyvä eikä huono	Huono	Erittäin huono
Seulonta	Mies	7	28	45	17	3	17	45	24	10	3
	Nainen	0	10	60	10	20	0	40	30	30	0
Esitutkimus	Mies	4	41	33	22	0	11	48	30	11	0
	Nainen	0	30	50	10	10	0	50	30	20	0
Jälkitutkimus	Mies	17	43	40	0	0	13	60	23	3	0
	Nainen	10	80	10	0	0	0	60	30	10	0

Taulukosta 19 ilmenee sama ilmiö kuin aiemmissa arvioinnissa ongelmape-laajien hoidoista (Ahonen & Halinen 2008, 84): peleistä luopuneiden henkinen ja psykologinen hyvinvointi on muuttunut enemmän kuin pelaamattomien.

TAULUKKO 19. Psykkisen terveydentilan yhteys peliriippuvuuteen % (lkm ~ 38)

Psykkinen terveydentila	Onko peliriippuvuutesi muuttunut hoidon myötä? %			
	Kyllä, pelaaminen ei ole minulle enää ongelma	Kyllä, pelaaminen on minulle nyt paljon pienempi ongelma	Kyllä, pelaaminen on minulle nyt pienempi ongelma	Kyllä, pelaaminen on minulle nyt suurempi ongelma
Erittäin hyvä	31	10	0	-
Hyvä	54	60	50	-
Ei hyvä eikä huono	15	30	50	-
Yhteensä	13	20	4	-

NODS 2 kk jälkitutkimus %			
	Riskialttiita pelaamisen tapoja	Ongelma-pelaaja	Peli-riippuvainen
Erittäin hyvä	0	20	14
Hyvä	100	80	57
Ei hyvä eikä huono	0	0	29
Yhteensä	1	5	21

Haastatellut kertoivat vaikutuksista, jotka eivät suoraan koske pelaamista, esimerkiksi siitä kuinka he eivät enää ole yhtä masentuneita, ovat paremmalla mielellä eivätkä yhtä kiukkuisia ja jaksavat nyt enemmän, kun pelaaminen ei vie kaikkea aikaa.

Hoito-ohjelman lomakkeissa on mukana kysymyspatteristo, joka antaa tietoa asiakkaan masennuksen tilasta kansainvälisesti käytetyn MADR-S -mittarin avulla. Ruotsalaisen hoito-ohjelman arvioinnin osatutkimuksessa 2 olivat mukana masentuneet, ja ei-masentuneita ja masentuneita verrattiin. Tulosten mukaan masentuneiden osallistujien tilanne oli joissain suhteissa parantunut enemmän kuin ei-masentuneiden, mutta tulokset eivät kuitenkaan nousseet ei-masentuneiden tasolle. Hoito on siis vaikuttanut myönteisesti myös ongelmapeleläjiin, jotka ovat lisäksi olleet kohtalaisen masentuneita tai vakavasti masentuneita. Ruotsalaisten ohjelman suorittaneiden voinnissa oli kuuden kuukauden kuluttua tehdyssä jälkimit-

tausvaiheessa merkittävä ero verrattuna siihen osallistumattomien vointiin. Ohjelma vähensi ahdistusta, masennusta ja pelaamista pysyvästi, ja nämä vaikutukset kasvoivat ajan mittaan. Myös suomalaisten Peli poikki -ohjelmaan osallistuneiden masennuspisteet ovat ohjelman suorittamisen jälkeen tilastollisesti merkitsevästi alhaisemmat kuin ennen ohjelmaa. Hoito-ohjelman voi todeta siksi olevan ruotsalaisen version tavoin vaikuttava siitä riippumatta, ovatko asiakkaat olleet masentuneita. Masennuspisteet alkavat vähetä jo ennen ohjelmaan siirtymistä, seulonnan ja esitutkimuksen välillä – jo tietoisuus ohjelmaan pääsemisestä on nostanut mielialaa. MADR-S -luokituksen mukaisesti tarkasteltuna masentumattomien osuus asiakkaista on kasvanut seulontavaiheen noin reilusta 10 prosentista jälkitutkimusvaiheen noin 80 prosenttiin. (Ks. liitetaulukko 4.)

Taulukossa 20 esitetty keskiarvovertailu osoittaa, että miesten masentuneisuus on vähentynyt ohjelman aikana voimakkaammin kuin naisten. Miesten masennus alkaa vähetä heti ohjelmaan hyväksymisen jälkeen, seulonnan ja esitutkimuksen välissä. Edellä todettiin, kuinka naiset ovat kokeneet psyykkisen terveydentilansa parantuneen useammin kuin miehet. Tulos ei kuitenkaan kerro aineiston tai osallistujien näkemysten ristiriitaisuuksista, sillä mielenterveyden ongelmissa raja terveyden ja sairauden välillä on tunnetusti liukuva. Normatiivisten keskiarvovertailukujen lisäksi on tärkeää ottaa huomioon myös ihmisten omat subjektiiviset kokemukset omista kärsimyksistään ja toimintaansa häiritsevistä tekijöistä.

TAULUKKO 20. Masennusmittarin keskiarvot ja keskihajonnat sukupuolen mukaan¹

Mittari MADR-S (max 54 pistettä, korkea todennäköisyys todelliseen masennuksen pisteraja 21)	Ohjelmaan osallistuneet (lkm = 40)					
	Keskiarvo			Keskihajonta		
	Kaikki	Naiset (lkm = 10)	Miehet (lkm = 30)	Kaikki	Naiset	Miehet
Masennus						
Seulonta	19,46	20,00	19,28	9,18	11,05	8,66
Esitutkimus	15,76	18,50	14,74	8,70	8,68	8,65
Jälkitutkimus	7,33	9,20	6,70	5,51	7,76	4,53
	Ohjelmaan jonottavat tai ohjelmassa olevat (lkm = 53)					
	Keskiarvo			Keskihajonta		
	Kaikki	Naiset (lkm = 12)	Miehet (lkm = 43)	Kaikki	Naiset	Miehet
Masennus						
Seulonta	19,21	18,55	19,73	8,52	8,15	8,54
Esitutkimus	15,22	18,80	14,37	7,91	7,51	7,94

¹Tilastollisesti merkitsevät tummennettu (p = 0,05).

Kuvattaessa edellä pelaamisen muutoksia NODS-mittarilla todettiin, että alle 25-vuotiaiden miesten NODS-pisteet ovat jääneet korkeammiksi kuin muiden miesten. Vaikka edellä osoitettiin pelaamisen lopettamisen yhteys henkiseen hyvinvointiin, masennusmittarilla tarkasteltuna nuoret miehet ovat huomattavasti paremmassa tilanteessa kuin saman ikäluokan naiset ja he olivat myös kokeneet enemmän masennuksen vähenemistä (ks. taulukko 21). Eniten masentuneisuus oli vähennyt 26–35-vuotiailla. Heidän masentuneisuutensa oli vähennyt eniten jo seulonnan ja esitutkimuksen välissä. (Ks. liitetaulukko 5.) Yksi selitys ilmiölle voi olla se, että 25–35-vuotiaat ovat kokeneet jo seulontavaiheessa psyykkisen terveydentilansa paremmaksi kuin yli 35-vuotiaat, vaikkeivät poikkea näistä masennuspisteillä tarkasteltuna. Psyykkisen terveydentilan on kokenut seulontavaiheessa hyväksi tai erittäin hyväksi 26–35-vuotiaista 60 %, kun vastaavanlaiseksi olonsa on kokenut 18–25-vuotiaista 29 % ja 25 % yli 35-vuotiaista.

TAULUKKO 21. Ohjelmaan osallistuneiden masennusmittarien keskiarvot ja keskihajonnat ikäryhmittäin (lkm = 40)

Mittari MADR-S	Keskiarvo			Keskihajonta		
	Kaikki	Naiset	Miehet	Kaikki	Naiset	Miehet
Seulonta kaikki	19,5	20,0	19,3	9,18	11,05	8,66
18–25-vuotiaat	19,6	33,0	17,3	8,02	.	5,92
26–35-vuotiaat	18,6	20,5	17,9	11,70	15,70	10,77
yli 35-vuotiaat	20,2	17,0	21,5	7,42	6,00	7,78
Esitutkimus kaikki	15,8	18,5	14,7	8,70	8,68	8,65
18–25-vuotiaat	20,5	29,0	18,8	11,04	.	11,43
26–35-vuotiaat	12,3	18,5	10,1	8,93	10,79	7,49
yli 35-vuotiaat	17,2	16,4	17,5	6,61	7,02	6,73
Jälkitutkimus kaikki	7,3	9,2	6,7	5,51	7,76	4,53
18–25-vuotiaat	11,4	28,0	9,0	8,45	.	5,54
26–35-vuotiaat	4,9	5,8	4,5	4,39	3,77	4,72
yli 35-vuotiaat	7,6	8,2	7,3	3,47	4,82	2,96

Tilastollisesti merkitsevät tummennettu (p = 0,05).

Mielenterveyteen liittyvät masennusindikaattorit osoittavat elämänhalun lisääntyneen eniten. Seulontavaiheessa se on määritelty normaaliksi 37 prosentilla ja ohjelman jälkeen 77 prosentilla henkilöistä. Jokaisen mielialaan liittyvän in-

dikaattorin mukaan asiakkaiden tilanne on parantunut noin 30 prosenttiyksikköä huonommasta tilanteesta normaalitilanteeseen. (ks. liitetaulukko 6)

Päihteiden käyttö

Ohjelmaan hakeutuessaan oli 6 % kaikista seulontaan osallistuneista eli 94 henkilöä kokenut päihteiden käyttönsä omasta tai muiden mielestä ongelmaksi, kun taas esitutkimusvaiheessa sen ongelmaksi kokevia on ollut 5 % eli 85 henkilöä.

Peli poikki -ohjelman asiakkaila on harvoin päihdeongelmia toisin kuin useimpien ongelmapelaajien hoito-ohjelmien asiakkaila. Ohjelmaan kuuluvan AUDIT-mittariston perusteella Peli poikki -ohjelman suorittaneista miehistä noin reilu neljäsosa on käyttänyt päihteitä haitallisen paljon seulonnan, esitutkimuksen ja jälkitutkimuksen aikoihin, kun naisista riskikäyttäjiä on ollut esitutkimusvaiheessa noin kymmenesosa. (Ks. liitetaulukko 7.) Peli poikki -ohjelman asiakkaila on ollut vähemmän päihdeongelmia kuin Peluurin ja Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutuksessa olleilla. Vähintään 8 %:lla Peluuriin soittaneista oli vuonna 2007 ollut päihdeongelmia (Jaakkola 2008), ja noin kolmasosalla Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntouttamista oli ohjelman alkuvaiheessa hoidettu tai akuutti päihdeongelma (Huotari 2007, 43–44, 46–49).

Taulukossa 22 esitettävän keskiarvotarkastelun mukaan miesten päihteidenkäyttö on aavistuksen lisääntynyt seulontavaiheesta, naisilla se taas väheni. Keskiarvojen mukaan tarkasteltuna ohjelman suorittaneiden päihteidenkäyttö ei ole muuttunut tilastollisesti merkitsevästi, lukuun ottamatta sitä että naisten päihteidenkäyttö väheni esitutkimuksen ja jälkitutkimuksen välissä.

Taulukko 22. Päihteidenkäytön mittarin keskiarvot¹ ja keskihajonnat sukupuolen mukaan

Mittari AUDIT (max 12, miesten riskiraja 8, naisten 6 pistettä)	Ohjelmaan osallistuneet (lkm = 40)					
	Keskiarvo			Keskihajonta		
	Kaikki	Naiset (lkm = 10)	Miehet (lkm = 30)	Kaikki	Naiset	Miehet
Päihteidenkäyttö						
Seulonta	4,90	3,70	5,30	2,95	2,50	3,02
Esitutkimus	4,89	4,00	5,22	2,72	1,76	2,95
Jälkitutkimus	5,00	2,70	5,77	2,99	1,42	2,99
	Ohjelmaan jonottavat tai ohjelmassa olevat (lkm = 55)					
	Keskiarvo			Keskihajonta		
	Kaikki	Naiset (lkm = 12)	Miehet (lkm = 43)	Kaikki	Naiset	Miehet
Päihteidenkäyttö						
Seulonta	5,06	3,27	5,66	2,72	1,95	5,66
Esitutkimus	5,16	3,27	5,84	2,79	2,45	5,84

¹ Tilastollisesti merkitsevät tummennettu (p = 0,05).

Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 25-vuotiailla naisilla on seulonta- ja esitutkimusvaiheissa huomattavasti korkeammat AUDIT-pisteet kuin ikäryhmän miehillä, mutta ohjelman jälkeen niitä alhaisemmat. Sen sijaan yli 25-vuotiailla naisilla on jokaisessa ohjelman vaiheessa alhaisemmat AUDIT-pisteet kuin miehillä. (Ks. taulukko 23.)

TAULUKKO 23. Ohjelmaan osallistuneiden päihteidenkäytön mittarin keskiarvot ja keskihajonnat ikäryhmittäin

Mittari AUDIT	Keskiarvo			Keskihajonta		
	Kaikki (lkm = 40)	Naiset (lkm = 10)	Miehet (lkm = 30)	Kaikki	Naiset	Miehet
Seulonta kaikki	4,90	3,70	5,30	2,95	2,50	3,02
18–25-vuotiaat	4,38	7,00	4,00	3,25	.	3,32
26–35-vuotiaat	5,20	3,75	5,73	2,65	3,30	2,33
yli 35-vuotiaat	4,88	3,00	5,67	3,20	1,58	3,42
Esitutkimus kaikki	4,89	4,00	5,22	2,72	1,76	2,95
18–25-vuotiaat	4,00	5,00	3,80	2,97	.	3,27
26–35-vuotiaat	5,47	4,75	5,73	2,36	2,06	2,49
yli 35-vuotiaat	4,69	3,20	5,36	2,98	1,48	3,29
Jälkitutkimus kaikki	5,00	2,70	5,77	2,99	1,42	2,99
18–25-vuotiaat	5,75	5,00	5,86	3,33	.	3,58
26–35-vuotiaat	5,13	3,00	5,91	2,47	1,15	2,39
yli 35-vuotiaat	4,53	2,00	5,58	3,32	1,22	3,37

Tilastollisesti merkitsevät tummennettu ($p = 0,05$).

Pelaamista, masennusta ja päihteiden käyttöä koskevat tulokset voi kiteyttää seuraavasti: Wilcoxonin merkkitestin perusteella parittaiset vertailut ovat tilastollisesti merkitseviä ja siis yleistettävissä koko ohjelmaan osallistuneiden joukkoon peli- ja masennusmittareilla. Mitatut päihteidenkäytön erot eivät sen sijaan ole tilastollisesti merkitseviä. Tämän yhteyden tuloksia voi pitää suuntaa-antavina. Ikä- ja sukupuoliryhmittäisissä eroissa ryhmien luokat ovat niin pieniä, että yleistettävää tilastotietoa on osin mahdotonta tuottaa. Kuitenkin masennusmittarin osoittamat muutokset näissä ryhmissä ovat miesten osalta tilastollisesti merkitseviä kaikin osin ja naisten osalta osittain. Masentuneisuuden mittari osoittaa myös naisilla tilastollisesti merkitseviä eroja. Pelaamiseen ja päihteiden käyttöön liittyvät mittarit eivät anna tilastollisesti merkitsevää eroa.

Taloudellinen tilanne

Pelaamisen aiheuttamia velkoja on seulontavaiheessa ollut kaikilla, esitutkimus- ja jälkitutkimusvaiheessa 64 %:lla. Tilanne lieenee pysynyt muuttumattomana lähinnä siksi, että ohjelma kestää lyhyen aikaa. Kahdessa kuukaudessa ei juuri ehdi selvittää talousasioitaan, esimerkiksi järjestellä velkojaan uudelleen, mikä tunnetusti vie paljon aikaa. Ohjelmaan osallistuvien taloudellinen tilanne oli kuitenkin kohentunut: kun vastaajilta kysyttiin, voisiko tämä hankkia yhtäkkiä viikon kuluessa 1 500 euroa, kieltävästi vastasi seulonnassa 68 %, esitutkimuksessa 66 % ja jälkitutkimuksessa 54 % (lkm = 40).

Kuten taulukosta 24 ilmenee, ohjelma on parantanut vastaajien taloudellista tilannetta. Ohjelman läpikäytyään noin kymmenesosa pitää taloudellista tilannettaan huonona ja hallitsemattomana, kun seulontavaiheessa yli puolet vastaajista on ollut tätä mieltä. Jo esitutkimusvaiheessa, kun vastaajat oli vasta hyväksytty ohjelmaan, harvempi piti taloustilannettaan hallitsemattomana ja huonona kuin seulontavaiheessa. Yksikään nainen ei pitänyt taloudellista tilannettaan seulontavaiheessa hyvänä, kun taas noin viidesosa miehistä piti. Ohjelman edetessä naisten ja miesten kokemukset taloudellisesta tilanteesta lähenivät toisiaan, ja ohjelman jälkeen noin viidesosa naisista kokee taloudellisen tilanteensa hyväksi. Peli poikki -ohjelmaan osallistuvien naisten taloustilanteen vaikeus voi liittyä siihen, että myös muiden tutkimusten mukaan naiset ottavat pelaamiseen enemmän pikavippejä kuin miehet. Naisilla on myös enemmän luottohäiriömerkintöjä. Tämän on katsottu kertovan naisten yleisemmästä ja nopeammin ilmenevästä taloudellisesta haavoittuvuudesta, jonka ongelmapelaaminen nostaa esiin. (Lähteenmaa & Strand 2008, 27–28, 41–42.)

TAULUKKO 24. Ohjelman suorittaneiden taloudellinen tilanne eri vaiheissa

	Seulonta %			Esitutkimus %			Jälkitutkimus %		
	Hyvä	Huono mutta hallinnassa	Huono eikä hallinnassa	Hyvä	Huono mutta hallinnassa	Huono eikä hallinnassa	Hyvä	Huono mutta hallinnassa	Huono eikä hallinnassa
Kaikki	13	32	55	14	59	27	25	68	8
Mies	18	25	57	19	59	22	27	67	7
Nainen	0	50	50	0	60	40	20	70	10
Lukumäärä	5	12	21	5	22	10	10	27	3

Taulukossa 25 esitettävät tulokset osoittavat, kuinka merkittävästi on ohjelman aikana vähentynyt niiden henkilöiden osuus, joiden on tarvinnut lainata rahaa ruokamenoihin tai vuokraan, pelaamiseen tai pelivelkojen maksamiseen joko pankista tai muulta lainanantajalta, sukulaisilta tai ystäviltä. Samoin väheni niiden osuus, jotka ovat siirtäneet vuokranmaksuaan rahojen loppumisen vuoksi. Pankilta tai muilta lainanantajilta lainaaminen väheni jo seulonnan ja esitutkimuksen

välillä. Seulontavaiheessa noin 50 prosenttia ei ollut lainannut pelaamiseen rahaa pankilta tai muulta lainanantajilta. Esitutkimuksen aikaan ei rahaa lainannut noin 60 % ja ohjelman suorittamisen jälkeen noin 90 %.

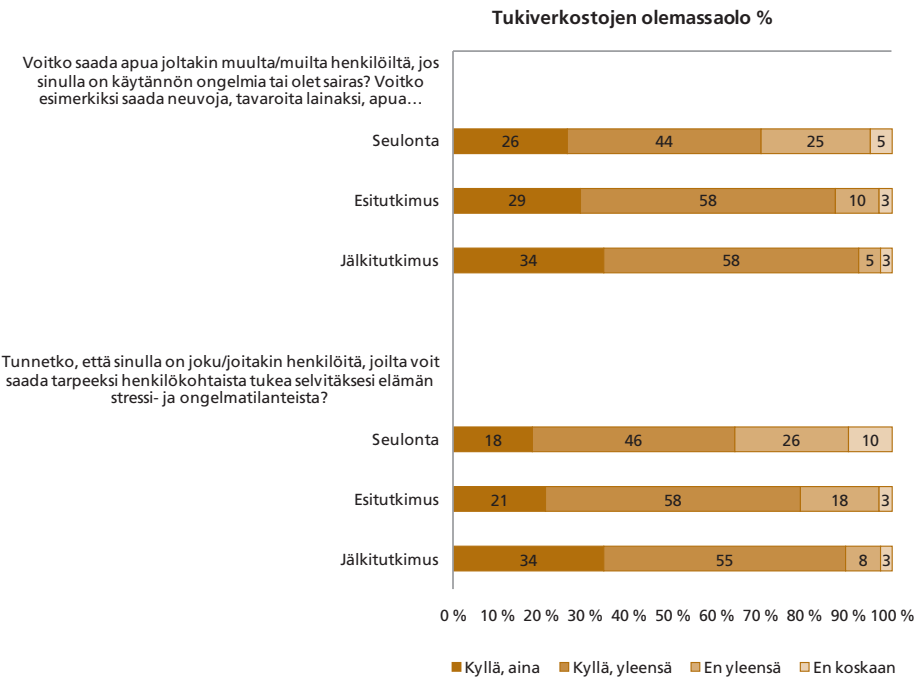
TAULUKKO 25. Taloudellisen selviämisen keinot ohjelman suorittaneilla eri vaiheissa % (lkkm = 40)

Oletko viimeisen 2 kuukauden aikana joutunut tilanteeseen, jossa palkkasi/rahasi ovat loppuneet ja sinun on pitänyt	Seulonta %			Esitutkimus %			Jälkitutkimus %		
	En	Yhden kerran	Usean kerran	En	Yhden kerran	Usean kerran	En	Yhden kerran	Usean kerran
Lainata rahaa sukulaisilta tai ystäviltä selvittääksesi ruokamenoista tai vuokrasta	58	5	37	60	11	29	85	13	2
Lainata rahaa sukulaisilta tai ystäviltä voidaksesi pelata tai maksaa takaisin pelivelkoja	60	5	35	68	8	24	95		5
Pyytää rahaa sosiaalitoimistosta selvittääksesi ruokamenoista tai vuokrasta	92	3	5	89	3	8	95	5	
Siirtää vuokranmaksua	70	19	11	79	5	16	92	5	3
Lainata rahaa pankista tai muulta lainanantajalta selvittääksesi ruokamenoista tai vuokrasta	44	24	32	58	21	21	90	10	
Lainata rahaa pankista tai muulta lainanantajalta voidaksesi pelata tai maksaa takaisin pelivelkoja	49	16	35	63	11	26	87	8	5
Viedä tavaraa panttilainaamoon selvittääksesi ruokamenoista tai vuokrasta	95	3	2	95	3	2	95	3	2
Viedä tavaraa panttilainaamoon voidaksesi pelata tai maksaa takaisin pelivelkoja	100			95	3	2	97		3
Hankkia rahaa muulla tavalla selvittääksesi ruokamenoista tai vuokrasta	95		5	81	3	16	90	5	5
Hankkia rahaa muulla tavalla voidaksesi pelata tai maksaa takaisin pelivelkoja	89	3	8	100			97		3

Sosiaaliset verkostot

Jälkitutkimukseen vastanneiden sosiaaliset verkostot ovat vahvistuneet huomattavasti Peli poikki -ohjelman aikana. Kun seulontavaiheessa noin kolmasosa vastasi, ettei hänellä ole ollut koskaan tai yleensä ketään henkilöä apuna käytännön ongelmassa tai elämän stressi- ja ongelmatilanteissa, samaa mieltä on enää noin kymmenesosa ohjelman suorittaneista (ks. kuvio 6). Sosiaaliset verkostot olivat alkaneet vahvistua jo esitutkimuksen aikaan, mutta suurin ero ilmenee kuitenkin, kun verrataan tilannetta ennen ohjelmaa sen jälkeen. Peli poikki -ohjelmaan osallistuneiden ihmissuhteet eivät olleet huonontuneet, kuten oli hieman tai huomattavasti käynyt osalle yhteisöhoitoon osallistuneista (Ahonen 2008, 35). Ohjelma vahvisti asiakkaiden sosiaalisia verkostoja todennäköisesti siksi, että hoidon moduuleissa pohditaan myös lähimmäisyyttä ja elämän arvoja sekä kannustetaan kertomaan ongelmastaan läheisille.

Haastatteluissa asiakkaat kertoivat, kuinka heille on jäänyt enemmän aikaa läheisille, kun ohjelma auttoi heidät irti pelaamisesta. Ero entiseen on ollut niin näkyvä, että esimerkiksi lapset ovat saattaneet kertoa asiasta aiemmin pelanneelle vanhemmalleen.



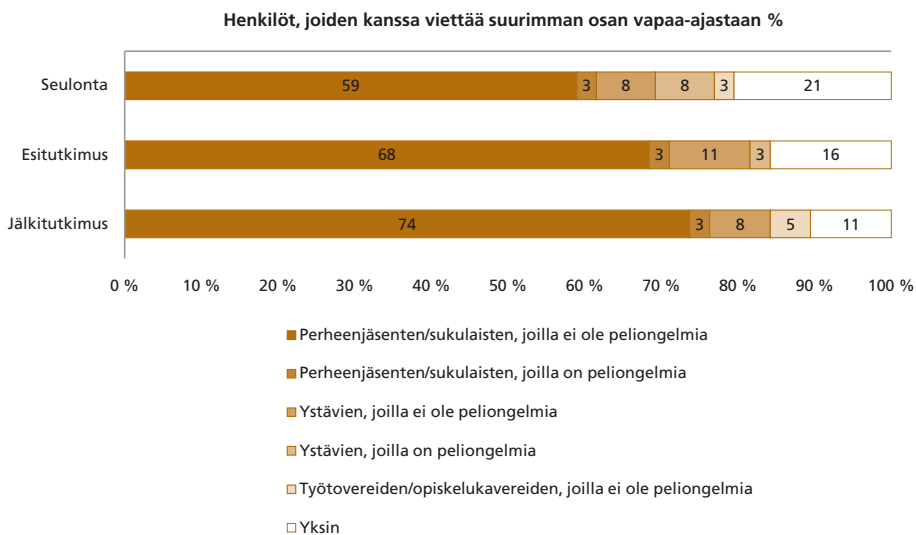
KUVIO 6. Ohjelman suorittaneiden tukiverkostot (lkm = 40)

Yhteisöhoidolla oli ollut suuremmat sosiaaliset vaikutukset miehiin kuin naisiin (Halinen 2008, 65–66). Peli poikki -ohjelman asiakkaiden välillä ei ole tässä suhteessa merkittävää eroa. Ainoa ero sukupuolten välillä ilmenee siinä, että naiset olivat löytäneet ohjelman aikana enemmän sellaisia henkilöitä, joilta saavat aina apua elämän stressi- ja ongelmatilanteissa kuin miehet (ks. taulukko 26).

TAULUKKO 26. Sosiaalisen tuen saaminen ohjelman suorittaneilla eri vaiheissa sukupuolen mukaan %

	Voitko saada apua joltakin muulta/muilta henkilöiltä, jos sinulla on käytännön ongelmia tai olet sairas? Voitko esimerkiksi saada neuvoja, tavaroita lainaksi, apua ruokaostoksiin tai erilaisiin korjauksiin jne. %			Tunnetko, että sinulla on joku/ joitakin henkilöitä, joilta voit saada tarpeeksi henkilökohtaista tukea selvitäksesi elämän stressi- ja ongelmatilanteista? %		
	Seulonta	Esi- tutkimus	Jälki- tutkimus	Seulonta	Esi- tutkimus	Jälki- tutkimus
Mies						
Kyllä, aina	28	29	34	17	18	28
Kyllä, yleensä	38	57	55	45	57	59
En yleensä	28	11	7	28	21	10
En koskaan	7	4	3	10	4	3
Yhteensä lukumäärä	29	28	28	29	28	29
Nainen						
Kyllä, aina	20	30	33	20	30	56
Kyllä, yleensä	60	60	67	50	60	44
En yleensä	20	10	0	20	10	
En koskaan	0	0	0	10		
Yhteensä lukumäärä	10	10	9	10	10	9

Aineiston mukaan vastaajat viettävät hoito-ohjelman jälkeen enemmän aikaa niiden perheenjäsenten ja sukulaisten kanssa, joilla ei ole peliongelmaa (ks. kuvio 7). Vaikkei ajankäyttö ongelmallisesti pelaavien perheenjäsenten ja sukulaisten kanssa vähene, aikaa ei vietetä enää peliongelmaisten ystävien kanssa. Ohjelman ansiosta ollaan vähemmän yksin ja enemmän perheen ja sukulaisten kanssa. Tämän voi arvioida kasvattavan osallistujien elämänhallintaa.



KUVIO 7. Keskeiset henkilöt vapaa-ajan vietossa ohjelman suorittaneilla (lk. ~ 40)

Osa haastatteluista asiakkaista pohti, kuinka heidän läheisensä voitaisiin saada osallistumaan hoitoon enemmän. Osan olivat ohjanneet hoitoon omaiset, tavallisimmin puoliso tai äiti, ja nämä olivat myös auttaneet heitä muuttamaan puhelintensa omistussuhteita, estämään pikavippien saamista, rajoittamaan pankkikorttien käyttöä ja muin keinoin tukemaan pelaamattomuuttaan. Asiakkaiden mielestä läheiset voisivat ohjelmaan osallistumalla tukea yhteistä päätöstä lopettaa pelaaminen. Heitä ei kuitenkaan tulisi velvoittaa siihen, vaan osallistumisen tulisi olla vapaaehtoista.

Taulukossa 27 esitetyt tulokset osoittavat, kuinka ohjelmaan osallistuneiden ihmissuhteet ovat parantuneet ohjelmaa edeltävään aikaan verrattuna. Suhteet ovat parantuneet etenkin ystäviin ja omiin lapsiin sekä avio- tai avopuolisoon.

Pelaaminen heikentää yleisimmin henkistä terveyttä (itsetuntoa, psyykkistä terveyttä ja omakuvaa/identiteettiä) sekä perheen taloutta. Ne nimeää oman pelaamisensa melko tai erittäin negatiivisiksi vaikutuksiksi noin 90 % hakeutumisvaiheessa vastanneista (ks. kuvio 8).

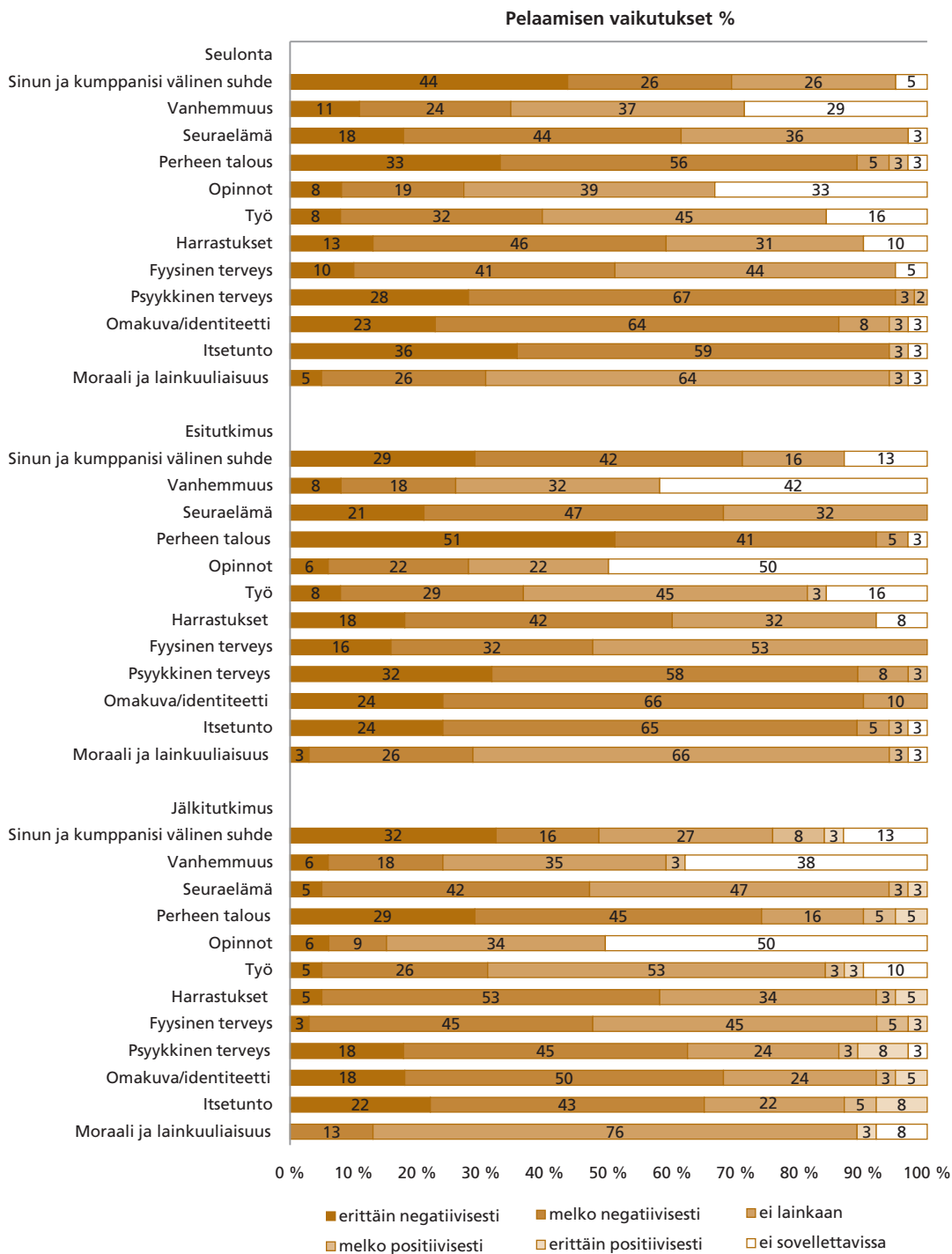
Seulontavaiheessa korostuvat pelaamisen vaikutukset psyykkiseen terveyteen ja itsetuntoon, jälkitutkimusvaiheessa taas perheen talouteen. Ohjelmaan osallistuminen vaikuttaa eniten niihin tekijöihin, jotka osallistujat kokevat tilannettaan voimakkaimmin vaikeuttaviksi. Ne koskevat psyykkistä terveyttä, itsetuntoa ja identiteettiä, osallistujan ja kumppanin suhdetta, moraaliala ja lainkuuliaisuutta. Esimerkiksi psyykkiseen terveyteen liittyviä negatiivisia vaikutuksia on esitutkimusvaiheessa kokenut 89 prosenttia vastaajista, jälkitutkimusvaiheessa heidän osuutensa on laskenut 63 prosenttiin. Vaikka myös jälkitutkimuksen aikaan pela-

TAULUKKO 27. Hyvien suhteiden kokeminen ohjelman suorittaneilla % (lkm ~ 38)

Onko hyvät suhteet seuraaviin henkilöihin?	Seulonta %			Esitutkimus %			Jälkitutkimus %		
	Kyllä	Ei	Ei sovellettavissa	Kyllä	Ei	Ei sovellettavissa	Kyllä	Ei	Ei sovellettavissa
Äiti	82	3	15	82	8	10	87	3	10
Isä	60	16	24	51	14	35	56	8	36
Sisarukset	85	10	5	82	13	5	82	8	10
Avio- tai avopuoliso	74	10	16	78	5	16	80	5	15
Omat lapset	55	5	40	54	3	43	62	6	32
Ystävät	87	8	5	89	8	3	97	3	0

misen tärkeimmät haittapuolet liittyivät talouteen, siinä koettujen haittojen osuus on laskenut noin kolmeen neljäsosaan seulontavaiheen noin 90 %:sta.

Peli poikki -ohjelman tulokset vastaavat koettujen muutosten osalta muiden hoitomenetelmien arvioinnissa saatuja. Sosiaalipedagogiikan säätiön asiakkaiden ongelmista olivat ennen kuntoutusta yleisimpiä syyllisyyden, ahdistuksen, masennuksen, häpeän ja stressin tunteet sekä taloudelliset vaikeudet. Näitä koki noin 80–90 % osallistujista. Kuntoutuksen jälkeen olivat selvästi vähentyneet syyllisyyden, ahdistuneisuuden, häpeän ja aggressiivisuuden tunteet, stressi, uniongelmat, sosiaalinen eristyneisyys ja perhesuhteiden ongelmat, rikokset, ongelmat työssä, taloudelliset vaikeudet, asunnon menetys tai sen uhka sekä pakko myydä omaisuutta. (Huotari 2007, 43–44, 46–49.)



KUVIO 8. Pelaamisen vaikutukset (lkm ~ 39)

Asiakasvaikutusten yksilöinnit ja aikakestävyys

Ongelmapelaajien palvelujärjestelmässä on kansainvälissä tutkimuksissa todettu tarvetta lyhytterapeuttisille hoitopalveluille. Erilaiset oma-apuohjelmat ovat olleet houkutteleva vaihtoehto etenkin ensi kertaa hoitoa ongelmapelaamiseensa hakeville, pienten paikkakuntien asukkaille, tilannettaan paljon häpeäville, kiireisille sekä sosiaalisista fobioista kärsiville. Näistä ohjelmista ei kuitenkaan ole saatu yksiselitteisiä tuloksia yksinään, ilman motivoivia puhelinsoittoja (Hodgins 2006; myös Bergström & Lundgren 2007 sekä Halme & Tammi 2008). On siksi haasteellista yksilöidä Peli poikki -ohjelmasta hyötyvät asiakasryhmät. Toisaalta ohjelmaan osallistuneiden tilanne on ikään ja sukupuoleen katsomatta parantunut huomattavasti.

Muita harvemmin ovat irti pelaamisesta päässeet ne, jotka ovat aloittaneet pelaamisen alaikäisinä ja käyttäneet siihen runsaasti rahaa. Naiset ovat kokeneet voitaneensa peliongelmansa useammin kuin miehet, ja myös NODS-pisteillä heidän peliriippuvuutensa on vähentynyt. Kuitenkin miesten peliriippuvuus on NODS-pistein mitattuna vähentynyt tilastollisesti erittäin merkitsevästi enemmän kuin naisten. Yli 35-vuotiaat eivät ole kokeneet pelaamista ongelmaksi useammin kuin muut ikäryhmät. NODS-pistein tarkasteltuna 26–35-vuotiaiden peliriippuvuus on vähentynyt eniten.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna korkeimmat NODS-pisteet jäivät yli 35-vuotialle naisille ja alle 25-vuotiaille miehille. Niiden naisten psyykkinen terveydentila koeheni enemmän kuin miesten, jotka olivat ohjelman alussa kokeneet henkisen hyvinvointinsa heikommaksi kuin miehet. Toisaalta sekä naisten että miesten masentuneisuus väheni ohjelman ansiosta tilastollisesti erittäin merkitsevästi.

Asiakastyytyväisyystuloksissa alle 25-vuotiaiden nuorten ja naisten arviot ohjelman kokonaisuudesta olivat kielteisimpiä, mikä herättää kysymyksiä ohjelman toimivuudesta. Huomio kiinnittyy myös keskimääräistä masentuneempiin alle 25-vuotiaisiin naisiin sekä niihin alle 25-vuotiaisiin miehiin, joilla oli korkeimmat peliriippuvuusasteet ja jotka olivat lisänneet alkoholinkäyttöään ohjelman aikana. On tärkeää kehittää näiden kohderyhmien palveluita Peli poikki -ohjelmassa. Lisäksi on tärkeää turvata näille keskimääräistä suuremmassa riskitilanteessa oleville nuorille miehille ja naisille pääsy muihin palveluihin, jotka tukevat heidän hyvinvointiaan ja estävät ongelmia kasautumasta uudelleen. Niihin heidät voitaisiin ohjata ohjelman päätteeksi tehtävän analysoinnin perusteella.

Muutosten aikakestävyyttä ei voitu vielä tutkia, koska liian harva asiakas on osallistunut ohjelman pilottivaiheeseen kuuluvaan kuuden kuukauden jälkiseurantaan. Pelaamisen lopettaminen on pitkä prosessi, joten vielä ei voi tietää, kuinka lopullisesti asiakkaat ovat siinä onnistuneet. Olettaa kuitenkin voi, että muutokset ovat pitkäkestoisia kuten Ruotsinkin ohjelmassa saavutetut (Bergström & Lundgren 2007), sillä kehitys on ollut vahvasti myönteistä ja ulottunut useille elämänalueille: pelaamiseen, terveydentilaan, henkiseen hyvinvointiin ja sosiaalisiin verkostoihin.

Voi arvioida, että asiakkaiden hyviksi kokemat, motivoivat terapeutin puhe-
lut ovat tehneet hoitotuloksista pysyvämpiä. Oma-apuoppaaseen perustuvien hoi-
to-ohjelmien tulokset on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu vuoden ja kahden
vuoden seurannassa pysyvämmiksi silloin kun niissä on käytetty työkirjojen ohel-
la motivoivia haastatteluja (Hodgins 2006). Ohjelman suorittaneiden pelaamisris-
kin voi ennakoida vähentyneen, koska hyvinvointiin vaikuttavat tekijät ovat lisään-
tyneet, esimerkiksi ne jotka ajavat heitä pakopelaamiseen.

Ohjelman vaikutukset muiden palvelujen käyttöön

Tässä luvussa haetaan vastauksia kysymyksiin asiakkaiden arvioista siihen, tukee-
ko hoito-ohjelma muita hoitopalveluita. Luvussa selvitetään, vaikuttaako ohjelma
siihen, kuinka asiakkaat käyttävät muita palveluita.

- a. Miten asiakkaat ovat kokeneet hoito-ohjelman tukevan muita hoitopalveluja?
- b. Miten hoito-ohjelma on vähentänyt mahdollista palvelujen päällekkäiskäyt-
töä?
- c. Miten palveluja voisi kehittää vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita?

Tutkimusten mukaan hoidosta saatuihin kokemuksiin on vaikuttanut se, ettei pe-
laajilla ole tietoa avun saatavuudesta ja erilaisista hoitomahdollisuuksista, hoito-
paikoissa ei ole ollut tietoa ongelmapelaamisesta ja hoitoon on ollut vaikea pääs-
tä. Asiakas ei ole kokenut saavansa hoidosta toivottua hyötyä, jos siellä on hänestä
suhtauduttu ongelmapelaamiseen vähätellen eikä hän ole luottanut hoitoon, kos-
ka on kohdannut siellä ymmärtämätöntä suhtautumista omaan elämänsä. (Mielo-
nen & Tiittanen 1999, 40–46.)

Tutkimus Rapeli-yhteisön asiakkaista osoitti, ettei avohoitoyhteisö ollut osal-
listujien tärkein peliriippuvuuden hoitotaho. Asiakkaat olivat käyttäneet ylei-
simmin terveydenhuollon ja päihdehuollon laitos- ja avopalveluita. (Ahonen &
Halinen 2008, 85.) Peli poikki -ohjelman seulontaan osallistuneista oli ennen hoi-
to-ohjelmaan tuloa hakenut apua 39 % eli 39 henkilöä. Tavallisimmin sitä oli haet-
tu A-klinikalta ja toiseksi yleisimmin mielenterveyspalveluista kuten psykiatrilta
tai kriisikeskuksesta. Apua on haettu GA-ryhmistä, työterveyshuollosta tai opiske-
lijaterveydenhuollosta sekä yksittäisemmin myös Peluurista, internetistä, vanhem-
milta ja Tyynelän kuntoutuskeskuksesta. Apua ensin muualta hakeneista 29 % eli
29 henkilöä oli saanut sitä.

Vaikka Peli poikki -ohjelman asiakkaat eivät keskimäärin ole sosiaali- ja ter-
veyspalveluiden suurkuluttajia, he olivat hakeutuneet hieman keskimääräistä ak-
tiivisemmin ongelmapelaajille tarkoitettuun hoitoon. Tähän voi vaikuttaa se, että

tietoisuus asiasta ja mahdollisuudet saada apua ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosina. Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutukseen osallistuneista pelaajista 29 % oli ollut yhteydessä GA-ryhmiin ja kunnalliseen velkaneuvontaan, ja yksi vastaaja Peluuriin ja Rapeli-yhteisöön (Huotari 2007, 64). Hietalinnan Rapeli-yhteisöhankkeen (Ahonen & Halinen 2008) asiakkaat olivat käyttäneet kahden hoitoa edeltäneen kuukauden aikana yleisimmin mielenterveyspalveluita (34 %), terveyskeskuslääkärin palveluita (29 %), päihdehuollon avovastaanottoa (29 %) sekä sosiaalitoimistoa (26 %), ja saman verran oli terveyskeskuksen psykologia ja sosiaalityöntekijän vastaanottoa käyttäneitä asiakkaita. Pelaamisen lopettaneet olivat hakeutuneet terveyskeskuksen psykologin tai sosiaalityöntekijän vastaanotolle yleisemmin puoli vuotta hoidon jälkeen kuin puoli vuotta ennen sen aloittamista (Ahonen & Halinen 2008, 79–81.)

Runsas puolet arviointia varten haastatelluista ei ollut aikaisemmin hakenut hoitoa ongelmapelaamiseensa. Muut haastateltavat olivat käyneet hakemassa hoitoa GA-ryhmästä tai A-klinikalta. Kolme ryhmämuotoista tuki- ja hoitopalvelua kokeilleista ei ollut kokenut sitä itselleen sopivaksi. Vain yksi haastateltavista ei ollut lainkaan kiinnostunut ryhmämuotoisesta hoidosta. Muille Peli poikki -ohjelmaan hakeutuneille oli tyypillistä se, etteivät he halunneet mennä A-klinikan ryhmiin, vaikka heitä muutoin kiinnosti osallistua peliongelmaisten vertaisryhmätoimintaan: osallistujat kertoivat, etteivät he halunneet ”mennä A-klinikan ryhmiin alkoholistien ja narkkareiden sekaan julistamaan, että olen A ja ongelmapelaaja”. Monet haastateltavista korostivat, ettei heillä ollut minkäänlaisia kynnyksiä hakeutua hoitoon ja he olivat valmiita hakemaan apua mistä tahansa mistä vain saisivat.

Peli poikki -ohjelman läpikäyneistä 8 % on saanut seulontavaiheessa psykologista hoitoa ja 15 % kertoo olleensa hoidon aikana tai vastaamisajankohtana psykologisessa hoidossa (ks. taulukko 28)¹³. Heistä kolme kävi keskusteluterapiassa, yksi mielenterveyshoitajalla ja päihdepalveluissa sairaanhoitajalla, yksi A-klinikalla ja yksi oli GA-ryhmässä. Kuten edellä todettiin, myös muihin hoitoihin osallistuneiden keskuudessa on psykologin luona asioivien osuus kasvanut niiden edetessä (Ahonen & Halinen 2008, 79–81). Psykologisten hoitojen voi arvioida lisääntyneen siksi, että Peli poikki -ohjelmassa avun hakemista suositeltiin ja hoito-ohjelmasta lähetetään viesti jokaiselle yli 21 MADR-S -pistettä saaneelle eli korkean masennuksen riskirajan ylittäneelle. Hoitoja on voinut lisätä myös ohjelman esiin nostama, raskaaksi koettu henkinen muutosprosessi. Näin on tapahtunut myös muissa hoidoissa (Huotari 2007; Poteri & Tourunen 1995).

13 Hoito-ohjelmassa asiaa tiedustellaan kysymyksellä: saatko tällä hetkellä jotakin psykologista hoitoa. Kysymystä täsmennetään suluisia olevilla esimerkeillä (esim. kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen terapia tai muu keskusteluterapia).

TAULUKKO 28. Ohjelman suorittaneiden osallistuminen psykologisiin hoitoihin

	Saatko tällä hetkellä jotakin psykologista hoitoa? Seulonta		Oletko käyttänyt muita psykologisia hoitoja tämän hoidon aikana? Jälkitutkimus	
	%	lukumäärä	%	lukumäärä
Kyllä	8	3	15	6
En	92	33	85	34
Yhteensä	100	36	100	40

Ohjelman suorittaneista 16 % eli 6 henkilöä on käyttänyt seulontavaiheessa masennuslääkkeitä tai muita vastaavia lääkkeitä, mikä on vastaava osuus kuin ohjelmassa edelleen mukana olevilla. Niiden käyttö on vähentynyt ohjelman aikana, sillä jälkitutkimuksen aikana niitä käytti 4 henkilöä eli 10 % vastaajista.

Neljä haastateltavaa oli mielenterveyspalveluiden asiakkaana. Kukaan haastatelluista ei ollut päihdeongelman vuoksi A-klinikalla, vaikka kaksi asioikin niissä ongelmapelaamisensa vuoksi. Tavallisin syy psykologilla ja kahdessa tapauksessa psykiatrilla asioimisessa oli masennus, joka oli yhdessä tapauksessa johtanut laitoshoitoon asti, sekä yhdessä tapauksessa kaksisuuntainen mielialahäiriö. Mielenterveyspalveluissa asioivista kaksi piti nykyistä auttajaansa parhaana apuna, ja näistä vastaajista oli ehdottoman tärkeää edelleen asioida heidän kanssaan Peli poikki-ohjelmaan osallistumisestaan huolimatta. Kahdelta taas mielenterveyspalvelut olivat jääneet hieman taustalle masennuksen helpotuttua. Haastatellut olivat olleet myös talous- ja velkajärjestelyjä hoitavissa palveluissa. Kukaan haastateltavista ei ollut käynyt sosiaalitoimistossa, vaikka sen asiakkuus on suhteellisen yleistä ryhmäkuntoutukseen hakeutuneiden piirissä (Ahonen & Halinen 2008, 79). Tähän voi olla selityksenä se, että Peli poikki -ohjelman asiakkaat ovat tavallisimmin työssä eikä heillä vakavista talousvaikeuksista huolimatta ole perusteita saada toimeentulotukea.

Osa haastatelluista oli alkanut käyttää enemmän muita palveluja Peli poikki -ohjelman ansiosta ja osa aikoi pitää henkilökohtaiset lähipalvelunsa hoito-ohjelmaan osallistumisesta huolimatta. Osa olisi toivonut vertaisryhmätoimintaa tai muuta lähipalvelua Peli poikki -ohjelman päätyttyäkin. Muita palveluita käytettiin edelleen oman voinnin tai pelaamattomuuden tueksi, ja monet halusivat käyttää niitä nykyistä enemmän. Tietynlaisena trendinä on, että Peli poikki -ohjelman tueksi käytetään tai halutaan käyttää kasvokkaista vertaistukipalvelua tai terapeutista palvelua pelaamattomuuden tai mielenterveyden tukena. Haastateltavat esittivät toiveita mahdollisimman monenlaisista ongelmapelaajille suunnatuista palveluista. Etenkin ne, jotka olivat jo kokeilleet erilaisia hoitoja, tunsivat tarvetta käyttää erilaisia hoitomuotoja ja löytää itselleen parhaiten soveltuva hoitojen yh-

distelmä. Toivottiin muun muassa hypnoosihoitoa, mutta siihen on ollut vaikea saada rahoitusta kunnilta. Aineiston perusteella on suositeltavaa käyttää muita hoitopalveluita yhtäaikaan, sillä näin saadaan parempia tuloksia kuin käyttämällä pisteittäin ja peräkkäin ongelmapelaamiseen ja muihin ongelmiin tarkoitettuja palveluja.

6 PELI POIKKI -OHJELMAN ARVIOINTI TOIMINTAMALLINA

Tässä luvussa esitetään yhteenveto arvioinnin tuloksista ja vastataan arvioinnille esitettyihin kysymyksiin. Ensimmäisessä alaluvussa esitellään havaintoja asiakasaineiston valossa, sen jälkeen käydään läpi asiantuntijoiden näkemyksiä ohjelman onnistumisesta ja tavoitteiden toteutumisesta.

Asiakasnäkökulma

Peli poikki -ohjelma on otettu hyvin vastaan, mikä kertoo, että se on koettu tarpeelliseksi. Internet-pohjainen, moduuleihin perustuva palvelu on tarjonnut uudenlaisen, joustavasti käytettävän vaihtoehdon niille ihmisille, joiden kiinnostus ja mahdollisuudet sitoutua tiettyyn, ulkopuolelta määrättyyn aikaan ovat vähäiset. Kansalaisten mahdollisuudet saada palveluja on aikaisemmin havaittu eriarvoisiksi ja niiden yhdenvertaisuus on nimetty yhdeksi kehittämiskohteeksi. Ohjelman voi arvioida vähentäneen tätä eriarvoisuutta, sillä internet-palvelut ovat saatavilla myös niillä paikkakunnilla ja alueilla, joilla ei ole ongelmapelaajien lähipalveluita. Ohjelman käyttäjät ovat harvoin moniongelmaisia (esimerkiksi samalla päihde- ja mielenterveysongelmaisia), mutta monilla on takanaan pitkä peliura sekä paljon ongelmia henkisessä terveydentilassaan, taloudessaan ja ihmissuhteissaan.

Ohjelman kohderyhmänä eivät ole olleet vain ”helpot” ja pelaamisen vastikään aloittaneet ongelmapelaajat: asiakkaiden pelihistoria on keskimäärin pitkä, he ovat käyttäneet pelaamiseen paljon rahaa ja kokeneet elämäntilanteensa vaikeaksi. Heidän pelaamisensa ongelmallisuutta kuvaavat lukemat olivat ennen ohjelmaan lähtemistä korkeat.

Ohjelma ei ole erityisesti tavoitellut moniongelmaisia asiakkaita. Ei olekaan todennäköistä, että vaikeasti moniongelmaiset pelaajat hakeutuisivat internet-pohjaiseen ja paljon sitoutumista vaativaan hoitoon, joka edellyttää jaksamisen lisäksi puhelinta, tietokoneen käyttötaitoa ja käytännössä myös omaa tietokonetta. Asiakkaat korostavat Peli poikki -ohjelman vaativuutta eivätkä arvele sen sopivan kaikille, koska se vaatii itsekuria ja hyvää motivaatiota. Hoito-ohjelman soveltuvuudesta moniongelmaisille asiakkaille voi tehdä olemassa olevan aineiston perusteella vain suuntaa-antavia johtopäätöksiä, sillä arvioitsijoiden satavilla ei ollut tietoa tällaisten pelaajien hakeutumisesta ja valikoitumisesta ohjelman asiakkaiksi¹⁴.

14 Arviointiaineistossa ei ole ollut mukana ohjelmaan hakeneiden ja sinne pääsemättömien tai valinnastaan huolimatta sitä aloittamattomien henkilöiden tietoja, jolloin erilaisten asiakastyypien valikoitumista ohjelmaan ei voida selvittää.

Noin kaksi viidesosaa ohjelman asiakkaista on hakenut aiemmin apua ongelmapelaamiseensa ja noin kolmasosa sitä saanut. Muut ovat pitkän harkinnan jälkeen päättäneet ensimmäiseksi hakea apua ohjelmasta, jonka kynnys on matala ja johon voi hakeutua nimettömästi eikä maksusitoumuksia vaadita. Ohjelman voikin arvioida tavoittaneen myös muita kuin julkisten palveluiden tavanomaisia käyttäjiä. Ohjelmaan oli ohjattu asiakkaita eniten Peluuri-palvelusta, työterveys-huollosta, A-klinikoilta ja mielenterveyspalveluista. Ohjelmaa ovat käyttäneet hyvin eri-ikäiset ihmiset. Ohjelma on tavoittanut niitä, jotka eivät muuten hakisi tai saisi helposti hoitoa ongelmapelaamiseensa. Heitä ovat haastatteluiden perusteella muun muassa työssä käyvät ja perheelliset, jotka tarvitsevat ajankäyttönsä sopivan, joustavan hoitopalvelun, sekä keski-ikäiset naiset, jotka eivät hakeudu A-klinikalle, koska se on leimautunut päihdeongelmaisten hoitopaikaksi. Ohjelma on suuren hakijamäärän perusteella helposti tavoitettava, mutta alkuvaiheen tekniset ongelmat ja vilkkaan kysynnän synnyttämä jonotus ovat heikentäneet tavoitettavuutta.

Ohjelman suorittaneet ovat olleet erittäin tyytyväisiä tai etupäässä tyytyväisiä saamaansa hoitoon, pitävät sitä laadukkaana ja ovat valmiita suosittelemaan sitä muille samasta ongelmasta kärsiville. He arvostavat hoitoa etenkin siksi, että se on auttanut pelaamisongelmaan ja antanut heille tilaisuuden analysoida itseään ja kasvattaa itsetuntemustaan.

Hoidon laatuun ja kokonaisuuteen ovat olleet keskimääräistä vähemmän tyytyväisiä nuoret. Naiset ovat olleet harvemmin erittäin tyytyväisiä hoidon kokonaisuuteen kuin miehet. Ohjelmaa ei ole pidetty liian työläänä, mutta sitä pidetään joustavasta toteutustavastaan huolimatta vaativana, koska se panee pohtimaan itselle vaikeita asioita. Vaikka Peli poikki -ohjelman korostetaan olevan internet-pohjainen oma-apuopas, käytännössä asiakkaat pitävät oleellisena terapeutin kanssa käytyjä puhelinkeskusteluja. Ohjelmaan osallistuneet ovat toivoneet lisää reaaliaikaista vertaistukea chatin avulla sekä enemmän vuorovaikutusta terapeutin kanssa, esimerkiksi kasvokkaisia tapaamisia tai tiheämpää sähköpostiviestintää. Ohjelman tehtäviä tulisi heidän mielestään kehittää asiakkaiden omia tarpeita paremmin vastaaviksi. Ohjelmaan jonottavat ovat toivoneet lisäresursseja, jotta jonotusajat lyhenisivät, sekä yhteydenottoa jo pitkän jonotuksen aikana toivon ylläpitämiseksi. Jonotusaikana voitaisiin heistä jo tehdä asiakkaan tilannekatsaus.

Peli poikki -ohjelman asiakastulokset ovat olleet erittäin hyvät. Asiakasaineiston analysoinnin perusteella ohjelmaan osallistuneiden motivaatio on vahvistunut ja heidän pelaamiskäyttäytymisensä on muuttunut parempaan suuntaan: pelaamista hallitaan paremmin ja se on kaikkiaan vähemmän ongelmallista. Ongelmapelaaminen ja masennus ovat vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi, mutta päihteiden käyttö ei ole juuri muuttunut. Ohjelman suorittaneista noin 30 % on kokenut ongelmapelaamisensa loppuneen ja noin 60 % vähentyneen. Pelaamisen ongelmallisuutta mittaavat NODS-pisteet ovat miesten osalta laskeneet enemmän kuin naisten, mikä saattaa osin selittää, miksi miehet ovat olleet yleisemmin tyytyväi-

siä ohjelmaan kuin naiset. Parhaat tulokset NODS-pisteillä tarkasteltuna on saatu 26–35-vuotiaiden ikäryhmässä. Kuitenkin naiset ja vanhimpaan, yli 35-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvat ovat itse kokeneet Peli poikki -ohjelman jälkeen pelaamisen ongelmaksi harvemmin kuin muut.

Naiset ovat kokeneet ohjelman parantaneen psyykkistä terveydentilaansa useammin kuin miehet, vaikka heille on jäänyt ohjelman jälkeen MADR-S -mittarilla tarkasteltuna korkeammat masennuspisteet kuin miehille. Tulokset kertovat siitä, että ihmiset voivat tuntea tilanteensa parantuneen huomattavasti, vaikka tiettyt indikaattorit osoittavat sen keskimääräistä vaikeammaksi. Ohjelman suorittaneiden taloudellinen tilanne ei ole muuttunut esitutkimusvaiheesta, kun sitä tarkastellaan velkatilanteen valossa, mikä onkin ymmärrettävää kahden kuukauden kestoisessa ohjelmassa. Ohjelman läpikäyneet ovat kuitenkin kokeneet taloudellisen tilanteensa parantuneen ja etenkin velanoton pankeilta tai muilta lainantajilta vähentyneen hoito-ohjelman ansiosta. Peli poikki -ohjelman aikana osallistujien sosiaaliset tukiverkostot ovat vahvistuneet ja yhteydet etenkin omaan perheeseen lisääntyneet. Vastausten perusteella ohjelma on eniten kohentanut itsetuntemusta, sosiaalisia verkostoja ja talousasioita. Näitä aiheita käsitelläänkin erityisinä teemoina ohjelman moduuleissa.

Tilastollisen aineiston viivästymisen vuoksi ei asiakasaineistosta voitu laatia tarkempia yksilöintejä hoito-ohjelman soveltuvuudesta erilaisille asiakasryhmille. Tulokset osoittavat kuitenkin sen, että ohjelmassa olisi tärkeää kiinnittää erityistä huomiota alle 25-vuotiaisiin. Tässä ikäryhmässä ovat ohjelmaan osallistuvat naiset keskimääräistä yleisemmin masentuneita ja miehet kärsivät peliriippuvuudesta ja päihteistä, mitkä ovat hoitamattomina myös pelaamiseen altistavia tekijöitä.

Hoito-ohjelmaan osallistuneista ei voitu saada arvioinnin toteuttamisajan kohtana – kesken sen pilotointivaiheen – tietoa ohjelman vaikutusten aikakestävyydestä, sillä kuuden kuukauden jälkiseurantaan osallistuneita ei ollut vielä analysoinnin edellyttämää määrää. Vaikka ohjelmasta ei ole saatavilla seurantatietoa, ohjelman vaikutukset voi ennakoida suhteellisen hyvin aikakestäviksi, sillä asiakkaiden tilanne on parantunut huomattavan paljon useilla eri elämänaalueilla. Paitsi pelaamattomuuteen, ohjelma on vaikuttanut terveydentilaan ja sosiaalisiin verkostoihin, mikä kaikki luo pohjaa vaikutusten pysyvyydelle. Koska ohjelman vaikutukset ovat olleet samansuuntaisia ja yhtä vimakkaita kuin ruotsalaisessa ohjelmassa, voi olettaa, että myös suomalaisen Peli poikki -ohjelman vaikutukset vastaavat siellä tehtyjä havaintoja tulosten pysyvyydestä. Tutkimuksissa esille tulleet havainnot kognitiivis-behavioraalisten menetelmien vaikuttavuudesta ongelmapelaajien hoidossa (Halme & Tammi 2008; Bergström & Lundgren 2007) antavat viitteitä siitä, että myös Peli poikki -ohjelman tulokset olisivat jокseenkin kestäviä.

Asiakashaastatteluissa toivottiin lisää ongelmapelaajien hoitopalveluiden yleistä markkinointia. Peruspalveluissa tulisi lisätä tietämystä ongelmapelaamisesta, etenkin mielenterveyspalveluissa, jotka Peli poikki -ohjelman asiakkaiden kannalta keskeinen auttaja muualla palvelujärjestelmässä.

Ohjelma on koettu hyväksi hoitokeinoksi. Monille se on ollut myös tärkeä ensimmäinen hoito- tai tukipalvelu, jonka avulla on ryhdytty ratkaisemaan peliongelmaa ja muita elämänhallintaa vaikeuttavia ongelmia. Paitsi että hoito-ohjelma auttoi irti pelaamisesta tai ainakin tarjosi hyvät työkalut lopettamiseen, sitä pidettiin myös hyvänä tukipalveluna lopettamisen jälkeen.

Ongelmapelaamisesta eroon pääsemisen todettiin vievän paljon aikaa, ja siksi on tunnettu tarvetta lopetuspäätöstä tukeville palveluille ohjelman jälkeenkin. Asiakaiden palvelutarpeet ovat kasvaneet hoidon aikana, sillä moni tarvitsi lopettamisen tueksi terapiaa tai vertaistukea chatissa tai kasvokkain vielä hoidon jälkeen.

Ohjelmaan osallistuvia on kannustettu hakemaan muuta apua ongelmiinsa, mutta asiakasaineiston perusteella he toivoivat nykyistä enemmän muiden tukipalveluiden suosittelevaa ja verkostoitumista heidän oman alueensa palveluiden kanssa. Tämä asiakkaiden näkemys on sama kuin asiantuntijoiden (Poteri & Tourunen 1995, Mielonen & Tiittanen 1999, Murto 2005), joiden mukaan vaikuttavimpia tuloksia saadaan yhdistämällä erilaisia, toisiansa täydentäviä hoitomenetelmiä

Asiantuntijanäkökulma

Arviointia varten haastatellut asiantuntijat arvioivat Peli poikki -ohjelman hyväksi malliksi etenkin nuorille ja peliuransa alussa oleville, kun ongelmapelaaminen ei ole vielä kroonistunut tai tullut vakavaksi. Asiakasaineiston perusteella ohjelman asiakaskunnalla on ollut vakavia vaikeuksia niin pelaamisen kuin muidenkin asioiden kanssa eikä ohjelma ole osoittautunut helposti läpivietäväksi.

Asiantuntijoiden mukaan internet-pohjaisella palvelulla ei pystytä tavoittamaan tiettyjä ongelmapelaajaryhmiä. Tällaisia ovat muun muassa ikääntyneet, sähköisten palveluiden käyttöön tottumattomat, omaa tietokonetta omistamattomat ja myös kasvokkaista vuorovaikutusta tarvitsevat moniongelmaiset sekä maahanmuuttajat, joilla on kielivaikeuksia. Ohjelmasta on ohjattu maahanmuuttajia erityisesti heille suunnattuun Maahanmuuttajien pelaaminen hallintaan -hankkeeseen. Asiakasprofiilin mukainen tarkastelu ei myöskään anna viitteitä siitä, että käyttäjät olisivat yhteiskunnassa heikoimmassa asemassa ja köyhiä eivätkä omistaisi tietokonetta.

Ohjelman ei katsottu soveltuvan hyvin niille ongelmapelaajille, jotka ovat yksinäisiä, pelaavat internetin välityksellä tai tarvitsevat erityistä tukea päihde- tai mielenterveysongelmiinsa. Asiakashaastatteluiden mukaan tällaisia pelaajia on hakeutunut ohjelmaan, sillä he eivät epäilleet hoito-ohjelman soveltuvuutta itselleen. Muita palveluja ei juuri ollut saatavilla, he olivat tottuneet turvautumaan internetiin neuvoa tai apua hakiessaan, ja usein he jo olivat muiden terapiapalvelujen asiakkaita. Kuitenkin tarve hakea myös muualta vertais- ja asiantuntijatukea mielenterveyden ja pelaamattomuuden tueksi kertoo siitä, että ohjelma ei pysty

asiantuntijoiden ennakoimalla tavalla kaikilta osin täyttämään siihen osallistuvien palveluiden tarvetta.

Peli poikki -ohjelma koetaan tarpeellisuutensa osoittaneeksi ja olosuhteisiin nähden hyvin toimivaksi hoitomenetelmäksi ja sitä pidetään tarpeellisena myös tulevaisuudessa. Palvelujärjestelmässä on havaittu tarvetta lyhytterapeuttisille avopalveluille ja internet-pohjaiselle hoitopalvelulle, jollainen on puuttunut hoitojärjestelmästä. Ohjelmassa pidetään hyvänä sen otetta, joka ottaa asiakkaan tarpeet kokonaisvaltaisesti huomioon. Tällaista kokonaisvaltaista lähestymistapaa edustaa talousasioiden käsittely ohjelmassa. Ne jäävät edelleen vähälle huomiolle monissa ongelmapelaajien hoitopalveluissa, vaikka ovat tämän arvioinnin tulosten perusteella asiakkaille erittäin tärkeitä.

Asiantuntijat pitävät yhden valtakunnallisesti toimivan terapeutin mallia haavoittuvana, sillä tällainen aliresursointi aiheuttaa asiakkaille jonotusta ja vaikeuttaa terapeutin vaativaa työtä. Kun terapeutti työskentelee yksin, poissaolot lisäävät työmäärää entisestään. Koska työstä puuttuu vertaistyöntekijätiimi, malli heikentää terapeutin jatkamista pitkällä aikavälillä. Tässä suhteessa sidosryhmät ovat kriittisempiä näkemyksissään kuin Peli poikki -ohjelman työntekijät, jotka kuitenkin ovat saaneet Ruotsista tukipalveluita kuten koulutusta ja työnohjausta.

Sosiaalipedagogiikan säätiön hoitomallin arvioinnissa on ehdotettu lisättäväksi yhteistyötä ja koordinaatiota riippuvuusongelmien parissa työskentelevien kesken (Huotari 2007, 98). Tässä suhteessa tilanne näyttää parantuneen selvästi, sillä he ovat verkostoituneet muun muassa Stakesin tuella. Peli poikki -hankkeen arviointiaineiston perusteella ongelmapelaajien hoitopalveluita tarjoavat tahot tekevät keskenään tiivistä yhteistyötä. Tämä on tuottanut synergiaetuja ja estänyt päällekkäiset hoitopalvelut. Asiantuntijat näkivät Peli poikki -ohjelmalla vielä hyödyntämätöntä yhteistyö- ja asiakasohjauspotentiaalia, kunhan tieto ohjelman soveltuvuudesta erilaisille ryhmille leviää ja saadaan kuntoon sellaiset rakenteelliset, toimintaa vaikeuttavat tekijät kuten jonotustilanne.

7 OHJELMAN ARVIOINTI OSANA MUUTA ONGELMAPELAAJIEN HOITO- JÄRJESTELMÄÄ

Tässä luvussa pyritään vastaamaan arviointikysymyksiin hoito-ohjelman soveltuvuudesta palvelujärjestelmään sekä muun palvelujärjestelmän kyvystä hyötyä hoito-ohjelmasta tai tukea sitä. Luvussa vastataan seuraaviin arvioinnille esitettyihin kysymyksiin:

- Miten hoito-ohjelma pystyy täydentämään olemassa olevaa hoitojärjestelmää?
- Mitä lisäarvoa hoito-ohjelma tuo tähän?
- Miten hoito-ohjelma tulisi ottaa huomioon osana palvelujärjestelmää?
- Kenen tulisi jatkossa vastata palvelusta (julkisen toimijan, järjestön/ yksityisen palveluntuottajan)?

Tuoreen palvelujärjestelmän arvioinnin mukaan ongelmapelaajien hoitopalveluissa on tarvetta erikoistuneille palveluille ja avopalveluille etenkin pääkaupunkiseudulla, jossa on eniten ongelmapelaajia. Ongelmapelaamiseen erikoistuneiden palveluiden vahvuutena on pidetty tietoa ja osaamista peliongelmaisista, heikkoutena taas niiden vähäistä määrää, sijoittumista vain suurimmille paikkakunnille ja kokonaistilanteen huomiotta jäämistä. Päihdehuollon erityispalveluita on pidetty tärkeinä pitkän peliongelmaisten hoito-osaamisen sekä valtakunnallisesti kattavan ja toimivan verkoston vuoksi. Toisaalta ongelmapelaajilla on ollut korkea kynnys osallistua päihdehuollon tarjoamaan hoitoon, sillä osa ei halua leimautua päihdepalveluiden käyttäjiksi. Päihdehuollossa on myös ylikuormitusta ja resurssien puutetta, ja siksi ongelmapelaaminen on sille ollut toissijaisia päihdeongelmien rinnalla. Kuormitusta ja leimaavuutta on myös käytännön työssä pidetty päihdehuollon erityispalveluiden heikkouksina ja osaamista niiden vahvuutena.

Mielenterveyspalveluiden etuna ongelmapelaajien näkökulmasta on ollut mielenterveysasioiden erityisosaaminen ja alueellinen kattavuus. Toisaalta mielenterveyspalveluihin ei ole useinkaan otettu ongelmapelaajia eikä aiheesta ole ollut tietoa, joten palveluita on ollut ongelmapelaajille vähän ja heidän hoidontarpeensa on sivuutettu. Peruspalveluiden puutteita ovat ruohonjuuritason työntekijöiden näkökulmasta koulutuksen puute, leimaautuminen, kynnys ja haluttomuus hoitaa ongelmapelaajia. (Huotari 2009.)

Kuten viranomaiset, eivät myöskään ongelmapelaajat pidä hoitopalveluiden määrää riittävänä. Esimerkiksi ryhmäkuntoutusta koskevan arvioinnin mukaan miltei kaikki osallistujat ovat tunteneet tarvetta myös pienryhmätoiminnalle, puhelinpäivystykselle, yksilöterapialle ja hoidolle (Huotari 2007, 64). Peli poikki -oh-

jelman asiakashaastatteluiden perusteella tällainen valtakunnallinen ohjelma, jossa hoitoon hakeutumisen kynnys on matala, on ollut tärkeä niille, jotka asuvat kaukana muista ongelmapelaajien hoitopalveluista, jotka eivät ole kokeneet paikallisia palveluita itselleen sopiviksi sekä joille joustavuus osallistumisaikojen suhteen on tärkeää, jotta he voivat sovittaa hoidon muuhun elämäänsä.

Asiakkailla hoito-ohjelma on ollut joko ainoa tai selvästi parhaaksi koettu vaihtoehto senhetkisestä palvelutarjonnasta. Tulosten perusteella ohjelma on tavoittanut myös niitä ongelmapelaajia, jota ei todennäköisesti saavutettaisi tai saataisi hakeutumaan hoitoon muutoin. Tämä on tärkeää, sillä näin ehkäistään ongelmien kasautumista.

Peli poikki -ohjelma on koettu osaksi pelaamattomuutta tukevaa palveluprosessia. Monet haastateltavat puhuivat osallistumisesta vertaistukea tarjoaviin ryhmiin tai internet-keskusteluun tai kasvokkain tavattavan terapeutin tarpeesta. Heistä näillä keinoilla voitaisiin tukea ohjelman tavoitteita ja saavutettujen tulosten pysyvyyttä. Asiantuntijoiden mielestä internet-pohjaiset, etäkäytön mahdollistavat hoitomallit ovat tarpeellisia ja niistä on saatu hyviä kokemuksia ulkomailta. Muiden toimijoiden havaintojen ja kokemusten perusteella Peli poikki -ohjelmalla on kysyntää. Peli poikki -ohjelma voi arvioinnin mukaan ohjata muihin palveluihin ja toimia kasvokkaista hoitoa edeltävänä kynnyspalveluna sekä pelaamattomuutta tukevana jälkihoitona esimerkiksi laitoshoidon päätteeksi. Tulosten perusteella se selvästi myös katkaisee asiakkaiden pelaamisen. Ohjelmaa tulisi jatkaa yhtenä toisiaan täydentävistä ongelmapelaajien hoidon vaihtoehtoista. Jotta Peli poikki-ohjelma ja muut ongelmapelaajien erityispalvelut voisivat toimia ja tavoittaa kohderyhmänsä optimaalisesti, olisi kuntien sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluissa vahvistettava tietämystä ongelmapelaajista ja heidän hoidostaan.

Arvioinnissa tulevat vahvasti esille Peli poikki -ohjelman asiakaskunnan mielenterveysongelmat, yleisimmin masennus, sekä ohjelman niitä vähentävä vaikutus. Aineisto osoittaa, että myös mielenterveyspalveluissa tulisi tietää kattavasti ongelmapelaamisesta, jotta siitä kärsiviä asiakkaita voitaisiin tunnistaa ja ohjata erityisesti heille tarkoitettuihin hoitopalveluihin. Maassa, jossa perusterveydenhuollossa käydään yhä useammin, psykiatreja on entistä enemmän, masennuslääkkeitä käytetään yhä enemmän ja jossa masennuksen vuoksi eläköityneiden osuus on puolitoistakertaistunut 1990-luvun puoliväliin verrattuna (Gould ym. 2007), on myös kansantalouden kannalta järkevää sijoittaa voimavaroja ongelmapelaamisen vähentämiseen. Näin edistetään kansanterveyttä ja ehkäistään masennusta sekä ikärakenteen muutoksesta aiheutuvaa työvoimapulaa.

Ongelmapelaajien palveluilla on vahva perinne ja asema päihdepalveluissa. Asiakashaastatteluissa korostui, että A-klinikoita pidetään alkoholiklinikoina, mikä voi estää joitakin ongelmapelaajia hakeutumasta niihin. Hoito-ohjelman arviointiaineiston perusteella olisi tärkeää muuttaa A-klinikoiden nimike riippuvuus-klinikoiksi ja markkinoida niiden erityisosaamista ongelmapelaamisen hoidossa. (ks. myös Huotari 2009.) Jotkut Peli poikki -ohjelman asiakkaat mainitsivat sen

heikkoudeksi ”kasvottoman palvelun”. Tarvitaankin lisäksi yksilö- ja ryhmäterapiaa lähipalveluna niille asiakkaille, joita internet-pohjainen lyhytterapia ei tue riittävästi.

Peli poikki -ohjelman jatkuvuuden turvaamiseksi on löydettävä rahoitusratkaisu sille valtakunnallisena palveluna. Anonyymia, internetissä toimivaa hoitopalvelua ei ole yhtä yksinkertaista tuottaa kuntarahoituksella kuin ostopalvelusopimuksin tai maksusitoumuksin.

Koska peruspalveluissa ei ongelmapelaajien palvelurakenteesta tehdyn arvioinnin perusteella ole riittävästi tietämystä peliongelman hoidosta (Huotari 2009), tarkoituksenmukaisinta olisi hyödyntää jatkossa niiden järjestötoimijoiden osaamista ja asiantuntemusta, jotka ovat olleet jo nyt kehittämässä ongelmapelaajien palveluita. Asiakasvaikutuksiltaan hyvää palvelua voisi jatkaa joko järjestövetoisesti Peluuri-palveluun yhdistettynä hoito-ohjelman kehittämistyönä, A-klinikkasäätiön tarjoamana hoitona tai julkisen sektorin tarjoamana, laajan väestöpohjan kuntayhtymän palveluna.

8 ARVIOINNIN KESKEISIÄ HAVAINTOJA

Peli poikki -ohjelma on kokonaisuutena onnistunut valtakunnallinen matalan haikutumiskynnyksen palvelu, joka on erikoistunut ongelmapelaamisen hoitamiseen. Ohjelman kokonaisuus on koettu tärkeäksi, samoin kaikki sen osat: tehtävät, jotka saavat asiakkaat pohtimaan asioita ja lisäävät heidän itsetuntemustaan, ajatuksia selventävät ja asiakkaita tukevat puhelinkeskustelut terapeutin kanssa sekä verkkokeskustelun tarjoama vertaistuki. Ohjelman vahvuutena on osallistujien tarpeiden kokonaisvaltainen huomioon ottaminen sekä aktiivinen yhteistyö muiden ongelmapelaajille hoitoa tarjoavien tahojen kanssa. Peli poikki -ohjelmaa pystyvät käyttämään erilaiset asiakkaat, ja asiantuntijoiden mielestä se on palvelujärjestelmän tärkeä osa. Ohjelma on osoittautunut tarpeellisuutensa ja sitä on erittäin tärkeä jatkaa tulevaisuudessa.

Ohjelma on otettu asiakastyössä käyttöön teknisesti keskeneräisenä, ja alkuvaiheen kangertelut ovat vaikeuttaneet työskentelyä. Asiakkaat ovat kokeneet erittäin hyviksi etenkin vuorovaikutuksen terapeutin kanssa sekä vertaistuen ja toivoneet näiden asioiden vahvistamista ohjelmassa. Hoito-ohjelman toimivuutta on heikentänyt resurssien vähäisyys suhteessa kysyntään sekä valtakunnallisen tuen vähäisyys ja haavoittuvuus, koska käytettävissä on ollut yksi ainoa terapeutti. Pitkät jonotusajat ohjelmaan vaikeuttavat sekä asiakastyötä että asiakkaiden ohjaamista ohjelmaan muista palveluista. Asiakkaat ovat havainneet jonotuksen hallintamekanismeissa kehittämisen varaa, ja siihen onkin tehty parannuksia, nyt esimerkiksi asiakastietojärjestelmään voi kirjata päivämääriä. Odottaessaan kuukausien ajan ohjelmaan pääsyä asiakkaat toivoisivat välillä yhteydenottoa, tietynlaista ensiapua tai vaikka puhelimitse tehtävää tilannekatsausta. Ohjelmalle toivottiin enemmän yhteyksiä muihin toimijoihin. Etenkin asiantuntijoiden mielestä asiakasohjauksessa on kehittämisen varaa, kun ajatellaan ohjelman merkitystä ja mahdollisuuksia täydentää erilaisten asiakasryhmien palveluja.

Arvioinnin perusteella ohjelman rakenteessa, asiakastietokannan perustassa on puutteita, jotka vaikeuttavat asiakastiedon reaaliaikaista analysointia ja hoito-ohjelman kehittämistyötä. Ohjelman teknisistä puutteista kertoo tutkimuksessa ilmenneiden vaikeuksien ohella se, että projektihenkilöstö joutuu laatimaan manuaalisesti tilastot seulonta-aineistosta ohjelmaan valittujen henkilöiden taustaprofileista. Vakavista puutteista kertoo sekin, että asiakkaiden edistymistä kuvaavat analysoinnit onnistuvat vain tekemällä työläs selvitys, jota varten lomakkeet joudutaan tulostamaan ja tallentamaan, tai tekemällä tätä varten oma tutkimuksensa, joka taas vaatii pitkän valmisteluajan. Ohjelman teknistä rakennetta voi verrata hoitoon, jota asiakas ei vaikean jonotustilanteen takia saa: sisältönsä laadun ja toimivuuden kannalta erittäin hyvä, mutta huonon tavoitettavuuden vuoksi potentiaali jää hyödyntämättä.

Näistä puutteista huolimatta Peli poikki -ohjelma on ollut sisällöllisesti toimiva ja asiakastuloksiltaan erittäin onnistunut kokonaisuus. Ohjelmaan osallistuneiden pelihimo ja masentuneisuus ovat vähentyneet, peliriippuvuutta mittaavat NODS-pisteet alentuneet ja kaikki elämänhallintaan ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät (kuten psyykkinen ja fyysinen terveydentila, talousasiat ja sosiaaliset suhteet) ovat kohentuneet, kaikki nämä tilastollisesti merkitsevällä tavalla. Asiakasaineiston perusteella olisi tärkeää kehittää asiakkaiden profiloimista, sillä etenkin palveluiden laatuun ja hoitoon kokonaisuutena keskimääräistä tyytymättömämille nuorille miehille ja naisille on kasautunut mielenterveyden, alkoholinkäytön ja ongelmapelaamisen riskitekijöitä.

Vaikka sisältö on havaittu hyväksi, hoitomenetelmä kokonaisuudessaan toimivaksi ja vaikka asiakastulokset ovat erittäin hyvät, Peli poikki -ohjelmaa on mahdollista kehittää edelleen. Ohjelman soveltuvuudella erilaisille kohderyhmille on rajansa. Arvioinnin perusteella ei pilotointivaiheessa ole ilmennyt puutteita ohjelman kohdentumisessa erityyppisille asiakkaille. Pidemmällä aikavälillä mallista on kuitenkin mahdollista luoda esimerkiksi vahvemmin asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaisesti räätälöityjä versioita eri asiakasryhmille. Ohjelmaa voi parantaa ottamalla entistä paremmin huomioon erilaiset asiakasryhmät ja niiden tarpeet, ongelmapelaamisen vaikeusasteet, pelaamisen hallitsemisen tilanteet sekä hoitamalla myös muita ongelmia kuten masennusta.

Asiakashaastatteluiden perusteella ohjelmaan voitaisiin luoda vapaaehtoisesti valittava osio, jossa läheiset osallistettaisiin tiiviimmin toteuttamaan hoito-ohjelmaa yhdessä ongelmapelaajan kanssa. Ohjelmaan voitaisiin myös lisätä asiakkaiden toivomia vuorovaikutteisia rakenteita. Niille asiakkaille, jotka tarvitsevat enemmän tukea, voitaisiin räätälöidä erilaisia lähi- ja internet-palveluista muodostuvia kokonaisuuksia.

Laaditusta tiedotussuunnitelmasta huolimatta ohjelmasta on tietoisesti tiedotettu ja sitä on mainostettu vain vähän vuonna 2008, koska ohjelmaan jonottavia oli paljon. Jos resursseja voitaisiin lisätä, myös ohjelmasta voitaisiin tiedottaa enemmän, kuten asiakkaat ovat toivoneet, ja hoitoon voisi hakeutua entistä useampi. On tärkeää lisätä ongelmapelaajien tunnistamista ja asiakasohjausta etenkin mielenterveyspalveluissa. Kun peruspalveluissa toimivat on koulutettu tietoisemmiksi pelaajille tarkoitetuista ohjelmista, he pystyvät ajoissa ohjaamaan ohjelmaan uusia asiakkaita, joille sopii tällainen lyhytterapeuttinen avohoito. Näin pystytään vähentämään vaativampien ja kalliimpien hoitojen tarvetta.

9 KEHITTÄMISSUOSITUKSET

Ohjelmaa koskevien kehittämissuosittelujen perustelut

Vaikka Peli poikki -ohjelma on tuottanut erittäin hyviä asiakastuloksia, sen resursien niukkuus on heikentänyt tulosta ja estänyt laajentamasta palvelua kysyntää vastaavaksi. Ohjelmassa on työskennellyt yksi terapeutti yhden hallintohenkilön avustamana. Ruotsissa ohjelmassa työskentelee 2,5 terapeuttia. Useampi terapeutti pystyisi purkaman mahdollisen jonon, tarjoamaan sen jälkeen palvelun jonottamatta, järjestämään nykyistä tiiviimmän jälkiseurannan ja tukemaan asiakkaita yksilöllisemmin. Nykyistä enemmän vuorovaikutusta tarvitsisivat etenkin ne asiakkaat, jotka eivät pysty omalla kotipaikkakunnallaan saamaan lyhyitä keskuksellisia, jotka helpottaisivat tilannetta.

Ohjelman tavoitettavuuden ja tehokkuuden vahvistamiseksi tulisi sen resursseja lisätä kokeilukauden loppuajaksi vähintään yhdellä terapeutilla. Kolmannen terapeutin tarve tulee todennäköisesti esille, kun ohjelmasta tiedotetaan laajemmalti, asiakasohjaus lisääntyy ja kehittyy ja asiakkaita tulee lisää. Jos pitkästä jonotusajasta päästään, asiakkaat enää jonossa unohda asiaa tai pettyneinä luovu yrityksestä päästä hoitoon, ja niin palveluja ja terapeutteja tarvitaan lisää. Terapeuttien lisäyksestä huolimatta henkilöstön määrä olisi kustannustehokas suhteessa Suomessa tuki- ja hoitopalveluita tarvitsevien ongelmapelaajien määrään.

Asiakkaat ovat omassa kehittämisohjelmassaan painokkaasti toivoneet lisää vuorovaikutusta terapeutin kanssa – enemmän yhteydenottoja sekä keskustelua kasvokkain – sekä chatin tarjoamaa vertaistukea. Ruotsalaisen ohjelman asiakkaiden toivomukset olivat samanlaisia. Reaaliaikainen keskustelu chatissa voisi antaa jonottajille toivoa tilanteen paranemisesta ja ohjelman suorittaneille heidän toimimaansa jälkihoitoa ja yhteyden muihin ohjelman läpikäyneisiin. Chat voisi tarjota ohjelman suorittaneille ajasta ja paikasta riippumattoman foorumin, jolla he voisivat tukea toisia ongelmapelaajia itse toivuttuaan. Hoito-ohjelmaa olisi tärkeää markkinoida muun muassa valtakuntaan suunnitteilla olevalla Terveysportaalilla. Näin ohjelman löytäisivät helpommin juuri sen tyyppiset asiakkaat, jotka ovat harvemmin päihdeongelmaisia kuin muiden vastaavien ohjelmien asiakkaat.

Peli poikki -ohjelman perustuu malliin, jossa kaikki osallistujat suorittavat saman ohjelman. Osa asiakkaista on kokenut jotkin tehtäväosuudet liian toistuviksi ja pitkiksi, koska läpikäytävät asiat eivät olleet heille ajankohtaisia. Arvioinnissa on tullut esille, että erot asiakastyytyvyydessä ja asiakastuloksissa liittyvät asiakkaiden taustoihin kuten ikään ja sukupuoleen. Internet-pohjaista ohjelmaa voitaisiin tarjota joustavammin ja kohdennetummin, jos ensin selvitetäisiin erilaisia asia-

kasprofileita ja asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita. Vaikka ohjelmassa käytäisiin edelleen läpi tietyt teemat, huomiota voisi kiinnittää enemmän esimerkiksi osallistujan masentuneisuuteen tai ongelmapelaamisen vaikeusasteeseen, ja erilaisille pelaajaryhmille voisi kehittää tehokkaampia toimintamalleja.

Peli poikki -ohjelma on tullut kokeiluaikana tutuksi toimijaksi ongelmapelaajien palvelujärjestelmässä oman aktiivisen verkostoitumisensa ansiosta. Asiakasohjausta hankkeeseen ei ole vaikeuttanut niinkään tietämyksen puute kuin resurssien riittämättömyys, alkuvaiheen tekniset ongelmat sekä jonot. Koska hoito-ohjelma on ennen muuta täydentävä palvelu niin tavoitteiltaan kuin asiakkaiden ja asiantuntijoiden näkökulmasta, tulisi yhteyksiä lisätä muihin avopalveluihin. Siten asiakkaita voitaisiin tehokkaammin ohjata hoito-ohjelmaan ja muihin elämäntilannettaan ja päätöksiään tukeviin palveluihin omilla asuinalueillaan. Asiakkaita tulisi ohjata vahvemmin muihin palveluihin, etenkin mielenterveyspalveluihin, sillä asiakasaineiston perusteella ne ovat heille tärkeämpiä kuin päihde- ja sosiaalipalvelut. Kunhan ohjelman resursseja vahvistetaan, on tarpeen ohjata entistä enemmän asiakkaita muista ongelmapelaajien palveluista Peli poikki -ohjelmaan. Näin palveltaisiin paremmin pelaajia, jotka sillä hetkellä tarvitsevat palvelua vielä laitoshoidon jälkeen tai kaipaavat suunnitelmallisempaa hoitoa koordinoimattoman vertaistuen lisäksi.

Ohjelman ilman suurta markkinointiakin saama runsas kysyntä ja hyvät asiakastulokset kertovat siitä, että sitä on tärkeä jatkaa osana ongelmapelaajien palvelukokonaisuutta. Ohjelma on osoittautunut hyvin vaikuttavaksi sekä asiakkaiden kokemusten että erilaisten indikaattoreiden mukaan. Hoito-ohjelman toteuttajien osaaminen ja asiantuntemus varmistetaan parhaiten kehittämällä Suomessa jatkosakin vain yhtä valtakunnallista internet-pohjaista hoito-ohjelmaa, ja näin sille turvataan myös riittävä määrä asiakkaita. Jotta Peli poikki -ohjelman projektivaiheesta saadut arvokkaat kokemukset välittyisivät uuden internet-pohjaisen ohjelman suunnitteluun, tulisi hyödyntää samojen suomalaisten henkilöiden osaamista, jotka vastaavat nykyisestä kehittämisystä.

Ohjelma on osoittautunut haavoittuvaksi ja vaikeaksi kehittää, mikä johtuu ohjelman tietoteknisistä ja tietokantaan liittyvistä ratkaisista. Nykyinen toimintatapa sopii huonosti asiakastyöhön, asiakasseurantaan, ohjelman kehittämiseen ja tutkimuskäyttöön, johon tarvittaisiin mahdollisuutta pitkittäisseurantaan. Jotta ohjelman kehittämistyö sujuisi juoheammin tulevaisuudessa, ohjelmalle tulee luoda uusi rakenne. Nykyisin ohjelma palvelee erittäin hyvin hoidon tarpeita mutta vain tyydyttävästi laajempia kokonaisuuksia kuten asiakasprofileihin ja seurantaan liittyvien tietojen hankkimista. On mahdollista valita kolmen eri kehittämislinjauksen välillä sen mukaan mitä ohjelmalta toivotaan:

- a) Hoitoon painottuneessa pienten muutosten kehittämisstrategiassa on mahdollista jatkaa nykyisellä rakenteella ja parantaa hoidon yksityiskohtia, jolloin asiakastietoa koskeva kehittämistyö jatkuisi hitaana. Tämä kehittämisstrategia on asiakkaiden kannalta toimiva etenkin lyhyellä aikavälillä, mutta pidem-

- män päälle uhkaa myös heidän palveluidensa laatua asiakasprofiilien ja etenkin asiakasvaikutusten seurannan hankaluuden vuoksi.
- b) Pitkäjänteisemmässä suurempien muutosten kehittämisstrategiassa yhdistyisivät laadukkaamman hoidon ja tiedonsaannin mahdollisuudet. Ohjelmaa kehitettäisiin antaman entistä paremmat mahdollisuudet saada ja analysoida reaaliaikaista tietoa, joka tukisi hoito-ohjelman kehittämistyötä. Toimittaessa tämän linjauksen mukaan ohjelman kehittämistyöstä voisi tulla liian hidasta, jollei eri yhteistyötahoille luoda velvoittavia sopimusmekanismeja.
 - c) Asiakkuutta koskevaa tiedonsaantia ja tutkimusta vahvasti palvelevassa suurten muutosten kehittämisstrategiassa purettaisiin nykyinen, ulkomailla sijaitsevaan tietokantaan perustuva toimintamalli ja ryhdyttäisiin kehittämään Suomeen omaa, sisällöltään vastaavaa ohjelmaa. Tietokantajärjestelmä ja tekniset ratkaisut olisivat yksinkertaisempia kuin nykyisessä monimutkaisessa toimintamallissa, joka perustuu valtion, suomalaisten järjestöjen ja yksityisen, ulkomailla sijaitsevan yrityksen yhteistyöhön. Tässä kehittämislinjauksessa on riski, etteivät Peli poikki -ohjelman hyvät asiakasvaikutukset toteutuisikaan uudessa, kehitettävässä ohjelmassa.

Ongelmapelaajien palvelujärjestelmää koskevien kehittämissuositusten perustelut

Ongelmapelaajien hoitopalveluille on pidetty tärkeänä laatia yhteinen vaikuttavuuden arviointikriteeristö, jotta voitaisiin helpommin vertailla eri hoitomenetelmien tuloksia (Huotari 2009). Peli poikki -ohjelmassa on myönteistä se, että siinä selvitetään asiakasprofileita ja asiakasvaikutuksia yhtäaikaan erilaisten indikaattoreiden avulla, sekä asiakkaiden omiin tilannearvioihin perustuvien että laajalti kansainvälisesti käytettyjen. Tällainen yhdistelmä on tuottanut parhaan tuloksen arvioinneissa, joissa on selvitetty hoito-ohjelmien soveltuvuutta, onnistuneisuutta ja vaikuttavuutta erilaisille kohderyhmille. Myös lääketieteellisessä keskustelussa on pidetty toimivana sellaista yhteisarvioinnin mallia, jossa yhdistetään yksilöiden kokemuksiin ja osaamiseen perustuvat arvioinnit sekä näyttöön perustuvien mitareiden antamat tulokset.

Yhteiskunnassa on lisääntynyt verkostokehittäminen, jota toteuttavat yhteistyössä julkinen sektori, kolmas sektori ja yksityiset yritykset. Kun uudenlaisia malleja kehittävät yhdessä organisaatiot, joiden toimintatavat voivat olla keskenään hyvin erilaisia, kohdataan uudenlaisia vaikeuksia, jotka vaikuttavat toimintamallien kokeilemiseen ja mahdollisuuksiin saavuttaa tavoitteet. Nämä vaikeudet liittyvät muun muassa erilaisiin vastuunjakoihin, tuotteistukseen ja tuotteiden omistamiseen. Hanketyöskentelyssä tuleekin entistä tärkeämmäksi selvittää etukäteen yhteistyön ehdot.

Peli poikki -ohjelma on tarjonnut esimerkin toimivasta lyhytterapeuttisesta avohoitopalvelusta, mutta myös tuonut esille muuallakin havaitun tarpeen kehittää rahoitusjärjestelmää avohoitopalveluita suosivammaksi. Tämä koskee yleisemminkin ongelmapelaajien hoitopalveluita. Niille on hankala löytää rahoitusta erinomaistenkaan kokeilutulosten jälkeen.

Rahoitusjärjestelmiä tulisi ryhtyä kehittämään Peli poikki -ohjelman tyyppisille, epätavanomaisesti järjestetyille valtakunnallisille internet-pohjaisille hoitopalveluille, mistä hyötyisivät myös muut erikoistuneiden hoitopalveluiden tarjoajat. Jos Peli poikki -ohjelmaa päädyttäisiin jatkamaan Peluuri-puhelinpalvelun yhteydessä, tulee tärkeäksi kehittää uudenlaisia kuntarahoitusmalleja anonyymisti käytettävälle valtakunnallisille hoitopalveluille. Yksi mahdollisuus kehittää palveluiden sisältöä ja luoda hoitojärjestelmä on uudistaa arpajaislain 52 § siten, että peliyhtiökin osallistuisivat ongelmapelaamisesta aiheutuvien hoitomenetelmien kehittämiskustannuksiin, kuten esimerkiksi Uudessa Seelannissa. (Ks. myös Huotari 2009.) Palvelun voisi myös saada järjestääkseen A-klinikkasäätiö, jolla on pitkät perinteet ongelmapelaajien hoidossa. Puhelinpalvelua tarjoavia terapeutteja tulisi olla useita ja heidän tulisi toimia tiiminä. A-klinikoilla toimivat terapeutit voisivat tarjota palvelua myös kasvokkain, muilla paikkakunnilla voisi palvelun tarjota sosiaalitoimisto. Jotta kunnat voisivat tarjota valtakunnallista erityispalvelua, olisi kehitettävä rahoitusjärjestelmä, jolla kompensoitaisiin niiden kuluja.

Nykyinen hoitojärjestelmä on hajanainen ja toimii heikosti. Arvioinnin tulokset osoittavat, että on välttämätöntä lisätä sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyötä etenkin päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Hoito-ohjelma tulee kytkeä uusiin kokonaisuuksiin, jotka kunta- ja palvelurakenneuudistus tuo mukanaan. Toiminnalliset riippuvuudet, kuten peli- ja nettiriippuvuudet tulisi sisällyttää mielenterveys- ja päihdehuoltolain yhdistämistä koskevaan selvitystyöhön. Vaikuttavuutta ajatellen tulee pitkällä aikavälillä siirtyä projektirahoituksesta ongelmapelaamisen hoidon lakisääteiseen rahoitukseen. Peli poikki -ohjelma ja sen kehittäminen voisivat kuulua palvelurakenneuudistusta koskevan puitelain 6§:n mukaisten kuntayhtymien tehtäviin.

Ongelmapelaajien palveluista on puuttunut erityisesti rahapeliongelmiin hoitoon keskittyvään osaamisen perustuva avopalveluyksikkö, joka toimisi osaamiskeskuksena. (ks. myös Huotari 2009) Peli poikki -ohjelma voisi sijoittua tällaiseen avopalveluiden osaamiskeskukseen ja vastata siinä valtakunnallisesti ongelmapelaajien internet-pohjaisesta hoidosta. Laajan väestöpohjan kuntayhtymästä saataisiin ohjelmalle vakiintunut toimintaympäristö, jossa sitä voitaisiin kehittää pitkäjänteisesti. Laajan väestöpohjan palveluna se voitaisiin helpommin kytkeä lähi- ja seutupalveluiden ketjuun ja se saisi näin myös tarvitsemansa erityispalvelut, jollaisia ei ole mielekästä järjestää paikallistasolla.

Ongelmapelaajien hoidon voisi järjestää seutukunnallisena laajan väestöpohjan palveluna kuten on ehdotettu järjestettäväksi päihdepalvelutkin. Ehdotetussa mallissa kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat nivottaisiin tiiviimmin kunti-

en hoito- ja palveluketjuihin. Näin ongelmapelaajien hoitopalveluita voitaisiin tarjota yhdenmukaisemmin ympäri maata ja kehittää niitä systemaattisemmin. (ks. Kekki & Partanen 2008) Ongelmapelaajien avopalveluita voisivat koordinoida ne työntekijät, joita päihde- ja mielenterveysuunnitelman luonnoksessa on ehdotettu koordinoimaan ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä laajan väestöpohjan yhteistoiminta-alueilla, terveystieteissä tai sairaanhoitopiireissä. Näin varmistettaisiin yhteys valtakunnalliseen hoitojärjestelmään ja muuhun palvelujärjestelmään.

Kehittämissuosituksukset

- Peli poikki -ohjelmassa tulisi olla vähintään kaksi terapeuttia, jotta asiakastyö sujuisi ja hoitoa voitaisiin kehittää siten kuin palvelun valtakunnallisuus edellyttää.
- Peli poikki -ohjelmaan tulisi rakentaa chat, jossa voitaisiin keskustella reaaliaikaisesti ja johon myös ohjelmaan jonottavilla ja sen jo suorittaneilla olisi mahdollista osallistua.
- Peli poikki -ohjelmassa voitaisiin ottaa paremmin huomioon asiakkaiden erilaisuus ja luoda erilaisten osallistujien tarpeisiin räätälöityjä ohjelmakokonaisuuksia.
- Jatkossa on tärkeää kehittää asiakkaiden ohjausta sekä muista hoitopalveluista ohjelmaan että ohjelmasta muihin ongelmapelaajien hoitopalveluihin sekä peruspalveluihin sosiaali- ja terveystoimessa.
- Peli poikki -ohjelmaa olisi ehdottoman tärkeää jatkaa projektiajan päätyttyä ja kehittää sitä edelleen tulevaisuudessa.
- Tulisi valita jonkinlainen jatkokehittämisstrategia. Mielekkäin strategia olisi kehittää hoitoa ja tutkimusta yhdessä. Tietoteknisiä ratkaisuja tulee parantaa ja kehittämistyötä tukea nykyistä vahvemmin kirjaamalla sopimuksiin velvoitteet ja aikataulut.
- Ongelmapelaajien hoitopalveluiden arviointikriteeristöä kehitettäessä olisi hyödyllistä arvioida niiden vaikuttavuutta sekä asiakkaiden omiin tuntemuksiin perustuvilla että yleisesti käytettävillä, testatuilla mittareilla, kuten tehtiin Peli poikki-ohjelmaa arvioitaessa. Sopimus- ja omistusoikeuksiin on kiinnitettävä huomiota, sillä ne vaikuttavat etenkin kansainvälisten hankkeiden suunnitteluun ja dokumentointiin, eri toimijoiden työnjakoon ja kehittämistyön ehtoihin.
- Rahoitusjärjestelmää on tärkeää ryhtyä kehittämään. Tarvitaan uudenlaisia rahoitusmalleja, joilla voidaan kompensoida kuntarahoitusta ja kuntien panoksia anonyymeihin valtakunnallisiin hoitopalveluihin ja saada peliyhtiöt mukaan rahoittamaan hoidon kehittämistä, mikä edellyttää myös arpajaislain 52 §:n muuttamista.

- Peli poikki -ohjelma olisi tarkoituksenmukaista kytkeä mahdollisesti perustettavaan, erityisosaamiseen pohjautuvaan laajan väestöpohjan avopalveluiden kuntayhtymään ja siinä tehtävään kehitystyöhön. Näin sen valtakunnallisista erityispalveluista tulisi osa lähi- ja seutupalveluiden ketjua.

Lähteet

- Aho, Pauliina & Turja, Tuomo (2007). Suomalaisen rahapelaaminen 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Taloustutkimus Oy, Helsinki.
- Ahonen, Jukka (2008). Rapeli-yhteisön loppuraportti – sisäinen arviointi. Teoksessa Ahonen, Jukka & Halinen Isto. Yhteisöllinen avohoito rahapeliongelmaisten tukena. Mallin kehittäminen ja yhteishoidon vaikutukset. Pelihaitat. Stakesin raportteja 12/2008. Stakes, Helsinki.
- Bergström, Maria & Lundgren, Rebecka, handledare Carlbring, Per (2007). Utvärdering av Internetbaserad självhjälpsbehandling i kombination med telefonstöd vid spelmani. Lindköpings universitet, Institution för Beteendevetenskap psykologiprogrammet.
- Blaszynski, Alex & Nower, Lia (2002). Pathways model. A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction* 97, 487–499.
- Carlbring, Per & Smit, Filip (2008). Randomized Trial of Internet-Delivered Self-Help With Telephone Support for Pathological Gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008, forthcoming.
- Gould, Raija, Grönlund, Harri, Korpilahti, Riitta, Nyman, Heidi & Tuominen, Kristiina (2007). Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 1:2007. Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta, Helsinki.
- Griffiths Mark & Cooper Jerry (2003). Online Therapy: Implications for Problems Gamblers and Clinicians. *British Journal of Guidance & Counselling*. Vol 31, no 1 2003, 113–135. Brunner & Routledge.
- Gyllström, Finn, Hansen, Marianne, Skaud, Thorbjørn & Wenzel, Hanne Gro (2005). Peliriippuvuus. Valikoima kartoitussinstrumentteja kliiniseen ja tutkimuskäyttöön. A-klinikkasäätiö ja Sininauha-liitto, Helsinki.
- Halme Jukka & Tammi Tuukka (2008). Katso ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitoa koskevaan vaikuttavuustutkimukseen: tutkimus on vähäistä ja tulokset epävarmoja. Ilmestymässä Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä 4/2008.
- Heinonen, Jukka (2005). Hoitoon hakeutuminen ja hoidon saatavuus rahapeliongelmissa. A-klinikkasäätiöllä laadittu selvitys.
- Hodgins David C. (2006). Promoting Self-recovery through Brief Interventions. University of Calgary (www.addiction.ualgary.ca); International Conference on Gambling- Auckland New Zealand.
- Hovi, Kaija (2008). Esitys Arjen tietoyhteiskunnan neuvottelukunta 25.4.2008, Tilastokeskus Tietoyhteiskuntatilastot, Helsinki.
- Huotari, Kari (2007). Pelaaminen hallintaan -kuntoutus- ja koulutusohjelman ulkoinen arviointi. Sosiaalipedagogiikan säätiö, Helsinki.
- Huotari, Kari (2008). Maahanmuuttajanuorten Pelaaminen hallintaan -projektin alkuarviointi. Sosiaalipedagogiikan säätiö, Helsinki.
- Huotari, Kari (2009). Sattumanvaraisuudesta koordinoitiin. Ongelmapelaajien tukki- ja hoitopalvelut sekä hoitopalvelujärjestelmän kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 21/2009. Helsinki.
- Jaakkola, Tapio (2006). Esitys Peliongelman tunnistaminen, Päihdepäivät 14.9.2006.
- Jaakkola, Tapio (2007). Peluuri vuosiraportti 2006.
- Jaakkola, Tapio (2008a). Peluuri vuosiraportti 2007.
- Jaakkola, Tapio (2008b). Pelihimo – miten tunnistaa salattu ongelma. *Duodecim* 124: 504–510.
- Jaakkola, Tapio (2008c). Matkaraportti. International Think Tank on Presenting Gambling Populations and First Contact Services, 18.–19. 2. 2008, Auckland
- Kekki, Tuula & Partanen, Airi (2008). Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Stakesin työpapereita 38/2008. Stakes, Helsinki.
- Metsämuuronen, Jari (2004). Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. *Metodologia-sarja* 9. Gummerus.
- Mielonen, Harri & Tiittanen, Harri (1999). ”Sitä aatteli, että jos sitä nyt voittaa” Peliriippuvaisten kokemuksia ongelmapelaamisen syistä, sairauksista ja hoidosta. A-klinikkasäätiön raporttisarja 32. A-klinikkasäätiö, Helsinki.
- Murto, Lasse & Niemelä, Jorma (1993). Kun on pakko pelata. Riippuvuus, persoonallisuuden häiriö, kohtuuton harrastus vai eettinen konflikti? Tutkimus suomalaisen ongelmapelaajan profilista. Raport-

- tisarja nro 111. A-klinikkasäätiö, Helsinki.
- Murto, Antti (2005). Peliongelmaisten hoito päihdehuollossa – sattuma vai tarkoitus. Tutkielma ongelmapelaajien hoitoon sijoittumisesta suomalaisessa yhteiskunnassa. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntapolitiikan laitos, Helsingin yliopisto.
- Pajula, Mari (2007a). Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä. Selvitys rahapeliongelman vaikutuksesta läheisiin. Pelihaitat. Työpapereita 26/2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Helsinki.
- Pajula, Mari (2007b). Mistä pelurin tunnistaa? Esitys Päihdepäivät 13.–14.9.2007
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden linjauksia vuoteen 2015. Luonnos 24.10.2008 (2008) Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Peliriippuvuuden hoitaminen Internetin kautta. Internet-pohjainen itsensä auttamisen opas.
- Pelin merkit (2008). Stakes, Helsinki.
- Petry, Nancy (2005). Pathological gambling. Etiology, Comorbidity, and Treatment. American Psychological Association, Washington DC.
- Pietarinen, Juhani (1999). Teoksessa Salla Lötjönen (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Helsinki.
- Poteri, Riitta & Tourunen, Jouni (1995). Asiakkaana ongelmapelaaja. Siniset vihkot. Sininauhaliiton julkaisusarja 2/1995. Sininauhaliitto, Helsinki.
- Pölkki, Mervi & Siitari, Niina (1996). Elämä pelaajan lähellä. Siniset vihkot. Sininauhaliiton julkaisusarja 1/1996. Sininauhaliitto, Helsinki
- Rahapelihaittojen ehkäisy 2008 (2007). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 71:2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Raha-automaattiyhdistyksen vuosikertomus ja yhteiskuntavastuuraaportti vuosi 2007 (2007). Raha-automaattiyhdistys, Helsinki.
- Svartsjö, Mikko, Kinnunen, Jani, Paloheimo, Eetu & Mäyrä, Frans (2008). Nettipokerin pelikokemus ja pelaamisen hallinta. Pelihaitat raportteja 24/2008. Stakes, Helsinki.
- Turja, Tuomo (2006). Kuntien käytännöt ja tiedon taso rahapeliongelmaisten hoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Taloustutkimus Oy, Helsinki.
- Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio (2008). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Valkama, Juha-Pekka (2006). Suomalaisten rahapelikulutus. Hyvinvointikatsaus 4/2006 Teema: Pelaamista. Tilastokeskus, Helsinki
- Varvio, Saaramia (2007). Katsaus Suomen rahapelijärjestelmään. Työpapereita 24/2007. Stakes, Helsinki.

Liite 1. Liitetaulukot

LIITETAULUKKO 1. Käytös- ja hillitsemishäiriön perusteella myönnettyjen Kelan kuntoutus- palvelujen saajat ja kustannukset koko maassa vuonna 2007

Kuntoutuksen lakiperuste F63 Käytös- ja hillitsemishäiriö	Laki ja toimenpide	Saajat
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus	Yhteensä	4
	– Ammattikoulutus	4
Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus	Yhteensä	3
	– Psykoterapia	1
	– Toimintaterapia	1
	– Puheterapia	1
Harkinnanvarainen kuntoutus	Yhteensä	12
	– Aikuisten psykoterapia	2
	– Nuorten psykoterapia	4
	– Kehittämistoiminta	6
Yhteensä	Yhteensä	18

Lähde: Kela.

LIITETAULUKKO 2. Ongelmapelaaminen sukupuolen mukaan ohjelman eri vaiheissa

	Kaikki ohjelma kesken					Kaikki ohjelma päättynyt				
NODS kaikki	seulonta 12 kk	seulonta 2 kk	esi- tutkimus 12 kk	esi- tutkimus 2 kk	jälki- tutkimus 2 kk	seulonta 12 kk	seulonta 2 kk	esi- tutkimus 12 kk	esi- tutkimus 2 kk	jälki- tutkimus 2 kk
Ei ongelmaa										33
Riskialttiita pelaami- sen tapoja				8					4	13
Ongelmapelaaja		11	2	10			3		18	13
Peliriippuvainen	100	89	98	82		100	97	100	78	40
Lukumäärä	46	37	48	39		35	32	35	27	15
	Mies ohjelma kesken					Mies ohjelma päättynyt				
NODS miehet	seulonta 12 kk	seulonta 2 kk	esi- tutkimus 12 kk	esi- tutkimus 2 kk	jälki- tutkimus 2 kk	seulonta 12 kk	seulonta 2 kk	esi- tutkimus 12 kk	esi- tutkimus 2 kk	jälki- tutkimus 2 kk
Ei ongelmaa										38
Riskialttiita pelaami- sen tapoja				10					0	15
Ongelmapelaaja		10	3	7					25	8
Peliriippuvainen	100	90	97	83		100	100	100	75	39
Lukumäärä	37	31	39	30		25	23	25	20	13
	Nainen ohjelma kesken					Nainen ohjelma päättynyt				
NODS naiset	seulonta 12 kk	seulonta 2 kk	esi- tutkimus 12 kk	esi- tutkimus 2 kk	jälki- tutkimus 2 kk	seulonta 12 kk	seulonta 2 kk	esi- tutkimus 12 kk	esi- tutkimus 2 kk	jälki- tutkimus 2 kk
Ei ongelmaa										
Riskialttiita pelaami- sen tapoja				0					14	
Ongelmapelaaja		17		22			11		0	50
Peliriippuvainen	100	83	100	78		100	89	100	86	50
Lukumäärä	9	6	9	9		10	9	10	7	2

”Pahimmasta on päästy”

LIITETAULUKKO 3. Ongelmapelaaminen iän mukaan ohjelman eri vaiheissa ohjelman suorittaneilla

Ohjelman suorittaneet	NODS 2 kk seulonta			NODS 2kk esitutkimus			NODS 2 kk jälkitutkimus		
	18–25-vuotiaat	26–35-vuotiaat	yli 35-vuotiaat	18–25-vuotiaat	26–35-vuotiaat	yli 35-vuotiaat	18–25-vuotiaat	26–35-vuotiaat	yli 35-vuotiaat
Ei ongelmaa							50	50	17
Riskialttiita pelaamisen tapoja					13			25	17
Ongelmapelaaja	13				38	15	25		17
Peliriippuvainen	87	100	100	100	50	85	25	25	50
Lukumäärä	8	15	10	7	4	11	4	4	6

LIITETAULUKKO 4- Masentuneisuus MADRS-pisteillä laskettuna ohjelman suorittaneilla sukupuolen mukaisesti %

MADR-S pisteiden mukainen luokitus	Seulonta %	Esitutkimus %	Jälkitutkimus %
Kaikki			
Ei masennusta	13	41	82
Jonkin verran masentunut	50	32	14
Korkea todennäköisyys todelliseen masennukseen, os tila on kestänyt yli kaksi viikkoa	32	27	3
Sisäänottoa psykiatriseen hoitoon harkittava (osaksi itsetuhoisuudesta ym. johtuen)	5		
Lukumäärä	40	37	35
Miehet			
Ei masennusta	13	46	85
Jonkin verran masentunut	47	25	15
Korkea todennäköisyys todelliseen masennukseen, jos tila on kestänyt yli kaksi viikkoa	37	30	
Sisäänottoa psykiatriseen hoitoon harkittava (osaksi itsetuhoisuudesta ym. johtuen)	3		
Lukumäärä	30	28	26
Naiset			
Ei masennusta	10	20	78
Jonkin verran masentunut	60	50	11
Korkea todennäköisyys todelliseen masennukseen, jos tila on kestänyt yli kaksi viikkoa	20	30	
Sisäänottoa psykiatriseen hoitoon harkittava (osaksi itsetuhoisuudesta ym. johtuen)	10		
Lukumäärä	10	10	9

LIITETAULUKKO 5. Masentuneisuus MADRS-pisteillä laskettuna ohjelman suorittaneilla iän mukaisesti %

	Seulonta %			Esitutkimus %			Jälkitutkimus %		
	18–25-vuotiaat	26–35-vuotiaat	yli 35-vuotiaat	18–25-vuotiaat	26–35-vuotiaat	yli 35-vuotiaat	18–25-vuotiaat	26–35-vuotiaat	yli 35-vuotiaat
Ei masennusta	0	20	12	30	60	25	71	92	81
Jonkin verran masentunut	63	47	47	14	27	44	14	8	19
Korkea todennäköisyys todelliseen masennukseen, jos tila on kestänyt yli kaksi viikkoa	37	20	41	57	13	31	14	0	0
Sisäänottoa psykiatriseen hoitoon harkittava (osaksi itsetuhoisuudesta ym. johtuen)	0	13	0	0	0	0	0	0	0
Lukumäärä	8	15	17	7	15	16	7	12	16

LIITETAULUKKO 6. Mielialaan liittyviä arvioita ohjelman suorittaneilla eri vaiheissa % (lk m = 40)

	Seulonta %	Esitutkimus %	Jälkitutkimus %
Mieliala			
Normaali tilanne	23	26	56
Tavanomaista huonompi tilanne	45	53	41
Melko suuria vaikeuksia	25	18	3
Erittäin suuria vaikeuksia	7	3	0
Huolestuminen			
Normaali tilanne	0	8	33
Tavanomaista huonompi tilanne	45	68	56
Melko suuria vaikeuksia	45	18	11
Erittäin suuria vaikeuksia	10	5	
Uni			
Normaali tilanne	15	13	46
Tavanomaista huonompi tilanne	48	50	46
Melko suuria vaikeuksia	32	32	5
Erittäin suuria vaikeuksia	5	5	3

Taulukko jatkuu

	Seulonta %	Esitutkimus %	Jälkitutkimus %
Ruokahalu			
Normaali tilanne	60	66	87
Tavanomaista huonompi tilanne	30	29	13
Melko suuria vaikeuksia	10	5	0
Erittäin suuria vaikeuksia	0	0	0
Keskittymiskyky			
Normaali tilanne	0	10	31
Tavanomaista huonompi tilanne	60	58	64
Melko suuria vaikeuksia	35	32	5
Erittäin suuria vaikeuksia	5	0	0
Aloitekyky			
Normaali tilanne	12	10	31
Tavanomaista huonompi tilanne	50	53	69
Melko suuria vaikeuksia	33	34	0
Erittäin suuria vaikeuksia	5	3	0
Tunneperäinen kiinnostus			
Normaali tilanne	15	24	49
Tavanomaista huonompi tilanne	63	74	49
Melko suuria vaikeuksia	22	3	3
Erittäin suuria vaikeuksia	0	0	0
Pessimismi			
Normaali tilanne	3	8	33
Tavanomaista huonompi tilanne	37	40	62
Melko suuria vaikeuksia	50	47	5
Erittäin suuria vaikeuksia	10	5	0
Elämänhalu			
Normaali tilanne	37	32	77
Tavanomaista huonompi tilanne	45	55	20
Melko suuria vaikeuksia	15	11	3
Erittäin suuria vaikeuksia	3	2	0

LIITETAULUKKO 7. Audit-pisteiden mukainen ryhmittely ohjelman suorittaneilla sukupuolen mukaisesti %

AUDIT	Miehet (Audit miehet) %			Naiset (Audit naiset) %		
	seulonta	esi- tutkimus	jälki- tutkimus	seulonta	esi- tutkimus	jälki- tutkimus
Matala tai lisääntynyt riski	73	71	72	100	90	100
Haitallinen taso, riskiku- luttaja	27	29	28		10	
Lukumäärä	30	28	29	10	10	10

Liite 2. Haastatellut asiantuntijat

Emas, Tuula. Vaasan aluetyöntekijä. Sosiaalipedagogiikan säätiö.

Halme, Jukka. Tutkija. Kansanterveyslaitos.

Heinonen, Jukka. Projektipäällikkö. Jalkautuvan vertaistalousneuvonnan projekti.

Hirvonen, Riitta. Kriisikeskuksen johtaja. Kuopion seudun mielenterveysseura
Hyvä Mieli ry./Kuopion kriisikeskus.

Ikonen, Yrmy. Suunnittelija. Hietalinna-yhteisö.

Karhunen, Sirkka-Liisa. Kehityspäällikkö. Kuntaliitto.

Kokko, Simo. Kehittämispäällikkö. Stakes.

Koskela, Jyrki. Kuntoutuskeskuksen johtaja. Tyynelän kuntoutus- ja kehittämis-
keskus.

Lund, Pekka. Tutkimuspäällikkö. Sininauhaliitto.

Lähde, Anita. Koordinaattori. Sosiaalipedagogiikan säätiö.

Mattila, Minna. Viestintäpäällikkö. Takuu-Säätiö.

Murto, Antti. Projektipäällikkö. Ehkäisevät työkalut nuorten rahapelaamiseen
-projekti.

Murto, Lasse. Toimitusjohtaja. A-klinikkasäätiö.

Mustalampi, Saini. Kehittämispäällikkö. Stakes.

Neuvonen, Juha. Velkaneuvoja. Helsingin talous- ja velkaneuvonta.

Pajula, Mari. Projektitutkija. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus
Socca.

Pajupuro, Katriina. Johtaja. Hietalinna-yhteisö.

Perttula, Anne-Maria. Sosiaalityöntekijä. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö.

Sulkko, Seppo. Kehittämiskeskuksen johtaja. Tyynelän kuntoutus- ja kehittämis-
keskus.

Suojasalmi, Jussi. Toimitusjohtaja. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö.

Tammi, Tuukka. Tutkimuspäällikkö. A-klinikkasäätiö.

Tuominen, Virve. Nuorisoaseman johtaja. A-klinikkasäätiön Turun A-klinikkatoimien Nuorisoasema.

Tuori, Timo. Ylilääkäri. Stakes.

Viemerö, Jaana. Erityisasiantuntija. Kuntaliitto.

Voipio-Pulkki, Liisa-Maria. Hallintoylilääkäri. Kuntaliitto.

Peli poikki -ohjelman projektihenkilöstö: Alihanka, Timo. Terapeutti & Jaakkola, Tapio. Projektipäällikkö.

Arviointitutkimuksen aineistona on käytetty myös kuntatoimijoiden haastattelu- ja tutkijoiden muista hankkeista, joissa on käsitelty kunta- ja palvelurakenneuudistusta sekä sosiaali- ja terveystalouden organisoitumista uusissa rakenteissa.



RAPORTTI-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2009

Unto Häkkinen, Lien Nguyen, Markku Pekurinen, Mikko Peltola. Tutkimus terveyden- ja vanhus-
tenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä

Raportti 3/2009 Tilausnro RAP003_2009

Elina Pylkkänen, Antti Väisänen. Tutkimus sosiaalihuollon valtionosuusperusteista

Raportti 4/2009 Tilausnro RAP004_2009

Marja Holmila, Katariina Warpenius, Leena Warsell, Minna Kesänen, Irmeli Tamminen. Paikalli-
nen alkoholipolitiikka

Raportti 5/2009 Tilausnro RAP005_2009

Leena Metso, Salme Ahlström, Petri Huhtanen, Minna Leppänen, Eija Pietilä. Nuorten päihteiden
käyttö Suomessa 1995–2007

Raportti 6/2009 Tilausnro RAP006_2009

Helena Aldén-Nieminen, Susanna Rautio, Satu Männistö, Elina Laitalainen, Merja Suominen, Ritva
Prättälä. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi

Raportti 7/2009

Laura Suomalainen, Henna Haravuori, Noora Berg, Olli Kiviruusu, Mauri Marttunen. Jokelan kou-
lukeskuksen ampumissurmille altistuneiden oppilaiden selviytyminen, tuki ja hoito

Raportti 8/2009 Tilausnro RAP008_2009

Tarja Heino. Family Group Conference from a Chbild Perspective

Report 9/2009 Tilausnro RAP009_2009

Persephone Doupi. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents

Report 13/2009 Tilausnro RAP013_2009

THL. Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö

Raportti 14/2009 Tilausnro RAP014_2009

Tarja Pitkänen, Seija Kalso, Asko Vepsäläinen, Jarkko Rapala, Seppo I. Niemelä. Colilert-menetel-
män verifointi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 461/2000 mukaisiin koliformisten bakteeri-
en ja Escherichia coli -bakteerin tutkimuksiin Suomessa

Raportti 17/2009 (vain verkkoversio)

Jukka Heikkilä, Juha Laine, Tarja Salokoski. Rahapelien haitta-arviointi

Raportti 18/2009 Tilausnro RAP018_2009

Matti Rimpelä, Vesa Saaristo, Kirsi Wiss, Timo Ståhl (toim.). Terveiden edistäminen kunnan perus-
terveydenhuollossa. Perusraportti 2008

Raportti 19/2009